

RUPTURES ET PERFORATIONS
DES
KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juin 1893

PAR

Paul DUFFNER

Né à Brumath (Bas-Rhin), le 8 Mars 1867

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ — ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
PRIX DE PREMIÈRE ANNÉE (1886)
MENTION HONORABLE (PRIX D'ANATOMIE 1888)

Examineurs: { MM. GROSS, professeur, président
CHRETIEN, professeur
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1893

RUPTURES ET PERFORATIONS
DES
KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juin 1893

PAR

Paul DUFFNER

Né à Brumath (Bas-Rhin), le 8 Mars 1867

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ — ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

PRIX DE PREMIÈRE ANNÉE (1886)

MENTION HONORABLE (PRIX D'ANATOMIE 1888)

Examineurs: { MM. Gross, professeur, président
 CHRETIEN, professeur
 VAUTRIN, agrégé.
 FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A O, agrégé, ch. du cours.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. HAUSHALTER, agrégé, ch. du cours.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A O, chargé. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. SIMON, A O.	MM. FÉVRIER.
RENÉ, A O.	REMY.	PRENANT.
NICOLAS, A O.	P. PARISOT.	
VAUTRIN A O.	HAUSHALTER.	

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O, ROHMER, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE REGRETTÉ

A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MES SOEURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MES MAITRES DE MARSEILLE & DE NANCY

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici nos maîtres de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille et ceux de la Faculté de Médecine de Nancy.

C'est à M. le professeur Gross que nous devons l'idée de ce travail; il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer nos plus sincères remerciements.

Mais nous devons surtout exprimer à M. le professeur Gross notre profonde reconnaissance pour les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant que nous avons été son externe et son interne, et pour la grande bienveillance qu'il nous témoigne journellement depuis que nous avons l'honneur d'être son chef de clinique.

M. le professeur Spillmann, pendant l'année d'internat que nous avons passée à son service, M. le doyen Heydenreich, MM. les professeurs Bernheim et Herrgott, pendant notre externat, ont été pour nous des maîtres

pleins de bonté. Qu'ils veuillent bien accepter l'expression de nos sentiments de gratitude.

Nous devons aussi des remerciements à M. le doyen Tourdes, à MM. les professeurs Hecht, Chrétien et Weiss, et à M. le professeur agrégé Vautrin, pour la sympathie qu'ils nous ont témoignée pendant tout le cours de nos études médicales.

INTRODUCTION

Il peut se faire dans les parois des kystes de l'ovaire des solutions de continuité par lesquelles le contenu des tumeurs se répand, soit dans le péritoine, soit dans les organes qui sont en rapport avec elles.

C'est là un accident qui a été longtemps méconnu. Il ne pouvait en être autrement à une époque où, comme le fait remarquer Camus, l'hydropisie ovarique n'était pas différenciée cliniquement de l'hydropisie ascite. Morgagni cependant et, au dire de Morgagni, Wepper auraient observé des symptômes de rupture et en auraient reconnu la signification.

Bacher, à la fin du siècle dernier, nous en cite un cas qu'il a diagnostiqué.

Dans la première moitié de ce siècle, l'accident est signalé un assez grand nombre de fois, soit dans les ouvrages didactiques, soit dans les publications périodiques, soit encore dans des communications aux sociétés savantes. C'est ainsi que nous en trouvons dans Delpech, Boivin et Dugès, Cazeaux, Camus, Tilt, etc. Mais on comprend que, dans la seconde moitié du siècle, le nombre

des cas observés s'éleva rapidement, en même temps qu'augmentait le nombre des ovariectomies.

La rupture fut alors considérée, non plus comme une exception, mais comme un accident fréquent dans l'évolution des kystes et fut étudiée dans tous les ouvrages traitant des kystes de l'ovaire. Nous ne citerons ici que quelques monographies se rapportant plus particulièrement à la rupture.

Nepveu, en 1875, publie dans les *Annales de gynécologie*, un travail sur la rupture des kystes dans le péritoine ; il en rassemble 128 cas et y ajoute 27 cas de ruptures extra-péritonéales.

Terrier, en 1877, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, nous donne, à l'occasion d'un cas personnel, quelques détails sur la rupture dans l'intestin.

La même année, Grognot étudie l'ouverture dans le vagin et à la paroi abdominale.

M^{me} Waite, en 1883, reprend la question à un point de vue plus général, et nous donne une étude complète sur la rupture des kystes de l'ovaire.

Signalons encore les travaux de Hue (1883), de Poupinel (1886), et de Sébilleau (1889) ; nous y trouvons sur la rupture intra-péritonéale de précieux renseignements.

Enfin, tout récemment (1892), Lair a publié une étude de la rupture des kystes dans la cavité abdominale.

La rupture intra-péritonéale, plus fréquente que la rupture extra-péritonéale, a été aussi plus étudiée. C'est au point de vue thérapeutique surtout que la différence est facile à saisir. Si pour le premier cas les auteurs conseillent l'ovariectomie d'urgence, pour le second ils gardent un

silence complet. Les monographies traitant spécialement de la question n'en disent guère plus. Delbet seul nous donne sur le traitement des abcès pelviens chez la femme des considérations en partie applicables aux kystes ovari-ques ouverts en dehors du péritoine.

Nous avons cru pouvoir reprendre la question, et nous tâcherons de montrer que dans tous les cas de rupture de kystes ovari-ques, que la rupture soit intra-péritonéale ou extra-péritonéale, l'ovariotomie est le meilleur mode de traitement.

Les solutions de continuité des parois kystiques sont généralement désignées par les auteurs sous le nom de *ruptures*. Ce mot éveille l'idée d'un processus rapide, d'un traumatisme plus ou moins violent. Bien des solutions de continuité reconnaissent au contraire pour cause, comme nous le verrons plus loin, un processus lent ; le nom de *perforations* dans ce cas leur conviendrait mieux. Nous emploierons indifféremment les deux expressions.

Nous avons déjà vu que les ruptures peuvent se diviser en deux grandes classes : celles qui se font dans le péritoine, celles qui se font en dehors de la cavité péritonéale, c'est-à-dire à l'extérieur, soit directement par un point de la surface cutanée, soit indirectement par l'intermédiaire d'un organe : vessie, vagin ou intestin.

Nous diviserons donc notre travail en deux parties :

I — Ruptures intra-péritonéales.

II — Ruptures extra-péritonéales.

Dans chaque partie nous étudierons successivement :

L'étiologie ;

L'anatomie pathologique ;

La symptomatologie ;

Le diagnostic ;

Le pronostic ;

Le traitement.

Mais nous serions souvent obligé, en particulier en ce qui concerne l'étiologie et le pronostic, de faire intervenir certaines notions générales sur les kystes de l'ovaire. Pour ne pas interrompre fréquemment notre étude, et pour éviter des redites, nous croyons devoir consacrer un chapitre préliminaire à ces considérations générales. Nous rappellerons en peu de mots la classification des kystes de l'ovaire, la structure de leur paroi, la composition de leur contenu, les divers accidents de leur évolution.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Ce serait entreprendre une bien grande tâche que de chercher à écrire l'histoire des diverses phases par lesquelles ont passé nos opinions sur les kystes de l'ovaire, sur leur étiologie, leur mode de développement, leur anatomie pathologique et sur la place qu'il convient de leur assigner dans le groupe des *tumeurs* (1). Cette étude sortirait des limites de notre sujet et nous entraînerait trop loin. On la trouve résumée, dans la thèse de Quenu (2) et dans le travail récent de Pilliet (3) sur les kystes de l'ovaire.

Il nous faut cependant en dire un mot pour faire mieux comprendre certains points de l'étude de la rupture.

Les kystes ovariques furent longtemps confondus avec l'ascite. « Au dix-septième siècle seulement, grâce à Ried-

(1) Nous employons ici le mot *tumeurs* dans son sens vulgaire, général, et non dans le sens scientifique de *néoplasmes*. A l'époque où le kyste ovarique était considéré comme une dilatation des follicules de de Graaf, il ne méritait pas le nom de néoplasme.

(2) Quenu : *Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1881.

(3) Pilliet : *Les kystes de l'ovaire*. — *Tribune médicale*, 1893, n° 8 et 9.

lin, Morgagni, etc., on reconnaît que l'organe hydropique est l'ovaire (1). »

L'analogie grossière que les follicules de de Graaf présentent avec les kystes ovariques ne put manquer de frapper les anatomistes. « L'ancienne conception de l'*hydatide*, dit Pozzi (2), avait été remplacée en 1807 par la théorie de Meckel sur l'*hydropisie du follicule de Graaf*. »

En 1819, Ledran communiqua à l'Académie de chirurgie une observation d'hydropisie compliquée de squirrhe aux deux ovaires (3); mais c'est Delpech, en 1828, qui soupçonna le premier la nature maligne des kystes ovariques, et émit l'idée d'une certaine analogie entre ces tumeurs et le cancer. Voici ce qu'il en dit :

« De tout ce qui a été exposé jusqu'ici touchant les kystes séro-fibrineux de l'ovaire, il résulte que :

1° Ils sont le produit d'une organisation particulière et accidentelle, et nullement celui de la distension progressive des vésicules naturelles de l'ovaire.

2°

3° Le plus souvent, presque toujours, il se développe en même temps un état cancéreux, qui se manifeste par des corps de cette nature, disséminés dans divers points, soit des parois des kystes, soit de leurs intervalles (4). »

Les recherches récentes ont confirmé les vues de Delpech. « Le développement des tumeurs de l'ovaire

(1) Quenu : *loc. cit.*

(2) Pozzi : *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1890, p. 700.

(3) Quenu : *loc. cit.*, p. 31.

(4) Delpech : *Chirurgie clinique de Montpellier*, Paris, 1828, II, p. 213.

s'accompagne d'une tendance à une affection maligne, » dit Lawson Tait (1).

« Aujourd'hui, il nous semble impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire » (de Sinéty) (2).

« Depuis les travaux de Waldeyer en Allemagne, de Malassez, de de Sinéty et de Quenu en France, il est admis aujourd'hui que les kystes aréolaires non dermoïdes de l'ovaire, sont des tumeurs de nature épithéliale; épithéliomas qui peuvent se comporter à la façon des tumeurs malignes, cancer et sarcome,..... et leur généralisation n'est pas chose rare » (Gallard) (3).

Poupinel (4) a réuni de nombreux exemples de généralisation des kystes de l'ovaire. Ces tumeurs peuvent même récidiver dans un autre organe après ablation. « La guérison par l'ovariotomie, dit Lawson Tait (5), est généralement si rapide et si facile, qu'au bout d'un mois nous disons *guérie* et nous congédions la malade. Mais un certain nombre de ces *guéries* meurent rapidement d'un cancer du péritoine ou d'un autre organe; et plus notre mortalité primitive du fait de l'opération a diminué, plus nombreuses sont devenues ces morts secondaires par cancer, survenant entre trois et trente mois après l'opération. »

(1) Lawson Tait : *Traité des maladies des ovaires*. Traduction Olivier, Paris, 1886, p. 193.

(2) De Sinéty : *Traité pratique de gynécologie et de maladies des femmes*, Paris, 1884, p. 758.

(3) Gallard : *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, Paris, 1886.

(4) Poupinel : *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886.

(5) Lawson Tait : *loc. cit.*, p. 183.

Olshausen (1) nous dit que ces cas malheureux de mort par cancer après ovariectomie abondent dans la littérature médicale, et il nous en cite quelques exemples.

L'ancienne distinction en kystes *uniloculaires* et kystes *multiloculaires* a perdu de son importance.

« Cette distinction est utile à conserver dans le sens chirurgical du mot, mais elle est illusoire au point de vue anatomique. Même dans les cas où il n'existe qu'une seule poche apparente, on rencontre dans l'épaisseur des parois, de petites cavités secondaires. Si bien que sur plus de 60 cas que nous avons examinés, pas un seul n'était uniloculaire, anatomiquement parlant. » (De Sinéty) (2).

Quenu (3) nous dit que Malassez, de Sinéty, Virchow et Waldeyer, sont d'accord pour dire que les kystes uniloculaires sont un degré plus avancé de l'évolution des cysto-épithéliomas. Tout kyste uniloculaire a été multiloculaire au début.

Le fait est vrai, mais présenté de cette façon il pourrait faire croire que l'état uniloculaire est un stade obligatoire dans l'évolution du kyste ovarique, et que tout kyste multiloculaire tend à devenir uniloculaire. Il n'en est rien, et on trouve bien souvent d'énormes tumeurs multiloculaires, qui, abandonnées à elles-mêmes indéfiniment, ne deviendraient jamais uniloculaires. De Sinéty nous paraît

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*, in *Deutsche Chirurgie*, Stuttgart, 1886, p. 382.

(2) De Sinéty : *loc. cit.*, p. 705.—Voir aussi, Malassez et de Sinéty : *Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire*. — *Archives de Physiologie*, 1878, pages 39 et 843 ; 1879, page 624 ; 1880, p. 867 ; 1881, p. 224.

(3) Quenu : *loc. cit.*, page 16.

plus précis quand il dit qu'il y a dans les kystes de l'ovaire « deux tendances simultanées et inverses, l'une qui marche vers la forme uniloculaire par destruction des cloisons, l'autre qui amène au contraire la production de nouveaux kystes. Les deux peuvent s'équilibrer, ou l'une dominer l'autre..... On comprend comment un kyste à poches multiples peut devenir unique, de même qu'une tumeur multiloculaire peut se transformer en pluriloculaire, par production de cavités secondaires (1).

Classification des kystes. — L'heure d'une classification parfaite, à la fois rationnelle et pratique ne nous paraît pas encore venue, et nous sommes obligé de nous contenter d'une classification provisoire.

Voici comment les divise Pozzi (2). Il admet d'abord deux grandes classes :

1° *Kystes à grand développement.*

2° *Kystes à médiocre développement.*

Nous ne nous occuperons que des premiers, que Pozzi divise en :

1° *Kystes prolifères ou proligères glandulaires.*

2° *Kystes prolifères ou proligères papillaires.*

3° *Kystes dermoïdes simples ou mixtes.*

4° *Kystes parovariens*, comprenant eux-mêmes les diverses espèces, *hyalins, papillaires, dermoïdes.*

Auvard (3), Gross admettent des divisions analogues.

(1) De Sinéty : *loc. cit.*, p. 715.

(2) Pozzi : *loc. cit.*, page 691.

(3) Auvard : *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1892.

Gross (1) distingue :

1° Les *kystes simples*, qui répondent à une partie des kystes à médiocre développement de Pozzi.

2° Les *kystes prolifères* ou *prolifères*, qui comprennent les *kystes glandulaires* et les *kystes papillaires*.

3° Les *kystes dermoïdes*.

4° Les *kystes parovariens*, qui répondent à une partie des kystes à médiocre développement et aux kystes parovariens de Pozzi.

Les *kystes prolifères glandulaires* sont caractérisés par une prolifération épithéliale plus ou moins abondante, aboutissant à la formation de tubes glandulaires qui peuvent devenir kystiques.

Les *kystes prolifères papillaires* présentent au contraire une prolifération de tissu conjonctif qui se manifeste par la production de végétations à l'intérieur du kyste.

Les deux espèces de kystes peuvent affecter les diverses formes : *uniloculaires*, *multiloculaires* et *aréolaires*. On trouve d'ailleurs des kystes *mixtes*, à la fois glandulaires et papillaires.

Certains kystes présentent également des productions papillaires sur leur surface externe. Malassez et de Sinéty (2) nous disent que les végétations intra-kystiques des tumeurs multiloculaires peuvent traverser les cloisons et faire saillie dans des cavités voisines. « Plusieurs auteurs, ajoutent-

(1) Gross, Rohmer, Vautrin : *Pathologie et clinique chirurgicales*, t. 3. Paris, 1893, page 595.

(2) Malassez et de Sinéty : *loc. cit.*, 1879, p. 624.

ils, ont décrit des végétations traversant, non seulement les cloisons inter-kystiques, mais les parois mêmes de la tumeur, et pénétrant ainsi dans la cavité abdominale. Nous avons observé plusieurs fois des végétations à la surface externe des kystes ovariens, mais nous n'en avons jamais vu provenant de leur surface interne venir faire saillie au dehors. »

Mais les travaux les plus récents admettent cette perforation des parois kystiques par les végétations parties de leur face interne. Schröder, Olshausen, Pozzi, Auvard signalent le fait et les dangers qui en sont les conséquences. D'après Olshausen (1), les papillomes qui sont nés primitivement à la surface externe de l'ovaire et qui ne proviennent pas de l'intérieur des kystes par rupture de leur paroi, sont rares. De Sinéty lui-même (2) dans son traité de gynécologie nous dit : « La perforation de la poche se produit sous l'influence d'un abcès, d'une gangrène, mais plus souvent *par l'action des végétations papillaires qui usent et perforent les parois.* »

Ces végétations donc, en se développant, usent et perforent peu à peu la paroi ; d'autres fois elles remplissent la cavité du kyste, le distendent ; puis, par la forte pression qui en résulte, elles le font éclater. Elles viennent alors faire saillie par l'orifice ainsi formé, s'épanouissent au dehors et envahissent la face externe du kyste. Leur présence irrite le péritoine et y détermine la production d'une ascite. Mais ce n'est pas en cela que consiste le principal danger. Ces végétations épithéliales, en contact continu

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 73.

(2) De Sinéty : *loc. cit.*, p. 710.

avec la séreuse, y provoquent la formation de greffes. Des végétations de même nature se développent sur le péritoine et l'envahissent.

Au lieu de se répandre vers la séreuse, ces végétations peuvent également se développer sur la partie inférieure du kyste quand il est en partie inclus. Elles s'infiltrant dans les tissus environnants et fixent solidement la tumeur aux organes voisins, surtout au plancher du bassin, mais aussi à l'utérus, au rectum, à la vessie (Olshausen) (1).

Les *kystes paraovariques* ne sont pas toujours anatomiquement uniloculaires comme on l'a cru longtemps. Ils peuvent être formés de plusieurs poches, et de plus, comme les kystes ovariens uniloculaires, ils présentent souvent dans leurs parois de petites cavités secondaires (Pozzi) (2). Leur face interne peut également se couvrir de végétations.

Pour les *kystes dermoïdes*, pas plus que pour les kystes prolifères, nous ne pouvons rapporter toutes les hypothèses qui ont été émises. On les trouvera dans le travail que Lefranc a consacré à l'étude de ces tumeurs (3). Ces kystes sont souvent associés à des kystes prolifères et forment ainsi des tumeurs mixtes. Nous en avons vu un cas récemment (obs. V de M. le professeur Gross). Ils peuvent également être le point de départ de généralisation, et Olshausen en cite plusieurs exemples (4). Fränkel (5) en

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 68.

(2) Pozzi : *loc. cit.*, p. 712.

(3) Lefranc : *Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*, Thèse de Nancy, 1886.

(4) Olshausen : *loc. cit.*, p. 402.

(5) Fränkel : *Wiener med. Wochenschrift* n^{os} 28, 29, 30 ; in Poupinel : *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886, p. 161.

rapporte deux cas empruntés à la clinique de Billroth ; les malades présentaient, en même temps qu'un kyste dermoïde de l'ovaire, des végétations dermoïdes sur le péritoine, l'épiploon, le mésentère et l'intestin. Frænkel explique ces faits par la rupture du kyste et la pénétration de son contenu dans la cavité abdominale.

Signalons l'existence de *kystes sanguins* de l'ovaire, dont le mode de développement et l'évolution ont été étudiés par E. Bœckel (1) et Rollin (2).

Il nous faut également parler ici des *kystes tubo-ovariens* qui ont été décrits par Richard (3). « On trouve quelquefois à l'autopsie, l'extrémité frangée du tube de Fallope adhérente à un kyste ovarique et étendue sur sa surface, tandis que son tube, dilaté à son extrémité abdominale, présente tous les caractères de l'hydropisie. » (Boinet) (4). La cavité de la tumeur, « généralement très infléchie en forme de cornue, est constituée par une portion tubaire et une portion ovarienne. » (Pozzi) (5). La trompe reste généralement perméable, ce qui permet au liquide de s'évacuer de temps en temps par cette voie.

Structure de la paroi. — Malassez et de Sinéty nous apprennent que la paroi kystique, au moins près du

(1) Bœckel : *Des kystes ménorrhagiques*; — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1861, n° 5, p. 79.

(2) Rollin : *Des hémorrhagies de l'ovaire*, Thèse de Paris, 1889.

(3) Richard : *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1853, III, p. 121; — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, XXI, p. 356; — *Bulletin général de thérapeutique*, 1857, LII, p. 152.

(4) Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*, Paris, 1877, p. 196.

(5) Pozzi : *loc. cit.*, p. 721.

pédicule, se compose de trois couches, qui sont, en allant de dehors en dedans :

1° Une couche de tissu fibreux, lamellaire, revêtue d'un épithélium cylindrique court ;

2° Une couche de tissu cellulaire lâche, vasculaire ;

3° Une couche de tissu fibreux, lamellaire, recouverte d'un épithélium variable : cylindrique, caliciforme, à cils vibratils, etc.

A une certaine distance du pédicule, la paroi devient homogène et est constituée seulement par un tissu fibreux lamellaire. Les cloisons inter-kystiques présentent également deux couches fibreuses qui se continuent avec la couche interne des parois et une couche moyenne cellulovasculaire. Cette disposition est bien nette à la périphérie des cloisons, tandis qu'à la partie centrale on ne trouve souvent qu'une seule membrane fibreuse. Quand la cloison est perforée, le pourtour de l'orifice est très mince et formé « d'un tissu lamellaire, peu vasculaire, comme condensé, manifestement en voie d'atrophie.... Par suite de l'augmentation incessante de volume des cavités kystiques, les trois couches comprimées et distendues, se confondraient en une seule, puis la compression et la distension continuant, la cloison s'amincirait peu à peu et arriverait même à s'atrophier dans ses parties centrales qui sont les moins facilement nourries. »

C'est de la même façon que se perforent les parois du kyste, quand la tension intérieure devient trop considérable. Dans beaucoup d'observations de rupture spontanée, on voit que les bords de l'orifice étaient très minces.

La paroi des kystes dermoïdes présente à sa face interne une membrane qui a l'aspect et la structure de la peau.

Nature du liquide. — Les caractères du liquide kystique ont été l'objet d'un grand nombre de recherches. Ce liquide peut se présenter sous des aspects extrêmement variés. Il est tantôt fluide, limpide, incolore comme de l'eau de roche ou jaune citrin, tantôt foncé, trouble, sanguinolent, épais, colloïde ou purulent. Quand la tumeur est multiloculaire, les diverses poches peuvent contenir des liquides différents.

Quel que soit l'aspect du liquide, alors même qu'il est séreux, il diffère du liquide ascitique par sa densité, ses caractères chimiques et histologiques.

Méhu (1) en a étudié la composition chimique dans un travail important. On avait espéré y trouver un moyen sûr de distinguer les kystes du parovaire des kystes de l'ovaire, et les diverses formes de kystes de l'ovaire entre elles. Cet espoir a été en partie déçu. Sans doute le liquide des kystes paraovariques est le plus souvent fluide, limpide, incolore, peu dense, fortement salé, peu albumineux, non paralbumineux (Kœberlé) (2). Sans doute encore, plus un kyste est simple, plus son liquide est pour ainsi dire de bonne nature, et se rapproche du liquide parovarique ; plus au contraire le kyste est complexe, plus le liquide est épais, trouble, visqueux. C'est là une règle qui est vraie d'une façon générale, mais qui présente de nombreuses exceptions.

(1) Méhu : *Etude sur les liquides extraits des kystes ovariques.* — *Archives générales de médecine*, 1881, II, page 257.

(2) Kœberlé (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1876, n° 1, page 11) nous donne les caractères différentiels des liquides ovariques et parovariques.

Courty (1) dit que le contenu des kystes uniloculaires peut ressembler à celui des kystes multiloculaires. Garrigues, Bozeman ont vu des kystes multiloculaires qui contenaient un liquide ressemblant à de l'eau de source (2). Lanelongue (3) a trouvé un liquide verdâtre, épais et visqueux dans un kyste qui, d'après tous les autres symptômes, lui parut être parovarique.

Mac Munn (de Wolverhampton) avait cru trouver dans le spectroscope un aide pour le diagnostic. Ses recherches ont été infructueuses (4).

Le liquide a aussi été étudié au point de vue histologique et les travaux sur la question ont été analysés soigneusement par M^{me} Waite dans son étude sur la rupture des kystes.

Drysdale, en 1873, dans l'ouvrage d'Atlee : « *Diagnosis of ovarian tumours* », décrit des groupes de cellules dont la présence lui parut être caractéristique des liquides ovariens. Kœberlé, en 1876, fit remarquer qu'il avait déjà signalé l'existence de ces cellules en 1862, lors de sa première ovariectomie (5).

Ces éléments furent retrouvés par Knowsley Thornton, Keith, Foulis, etc., qui en admirent l'importance. On leur accordait une grande valeur pathologique et diagnostique. C'est à leur irruption dans le péritoine qu'on attribuait la

(1) Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. Paris, 1881, p. 1232.

(2) In M^{me} Waite : *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

(3) Lanelongue : *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris, 1888, p. 563.

(4) In M^{me} Waite : *loc. cit.*

(5) Kœberlé : *Gazette médicale de Strasbourg*, 1876, p. 11.

généralisation des tumeurs ovariques. De plus ces cellules ne se trouvaient que dans les liquides ovariens ; ils constituaient donc un élément important pour le diagnostic et le pronostic. Le liquide contenait-il des cellules, il était ovarique, et exposait le malade à une généralisation en cas de rupture. Ne contenait-il pas de cellules, il était parovarique ; l'infection n'était pas à craindre.

Des recherches plus récentes ont enlevé beaucoup de son importance à la cellule de Drysdale. On l'a retrouvée dans d'autres cas de tumeurs, et Thornton lui-même, en 1882, la considérait comme un élément banal, sans valeur pour le diagnostic. Il est cependant certain que les liquides kystiques ovariens contiennent fréquemment des éléments figurés qui permettent de distinguer ces liquides du liquide ascitique. Les kystes parovariens en contiennent plus rarement.

Le contenu des kystes dermoïdes est complètement différent de celui des kystes prolifères. Ces tumeurs renferment une matière grasse, mélangée de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine. On y trouve de plus presque toujours des cheveux libres ou implantés et souvent des os, des dents ou des cartilages adhérents à la paroi.

Nous avons vu que Fränkel explique la généralisation des kystes dermoïdes par la pénétration de leur contenu dans la cavité péritonéale. Masse (de Bordeaux) est parvenu chez les animaux à provoquer le développement de tumeurs dermoïdes sur le péritoine en introduisant dans la séreuse des fragments de peau d'un animal de même espèce. Ces expériences tendent à prouver la réalité des hypothèses de Fränkel.

Evolution des kystes. — L'évolution des kystes ovariens présente quelques particularités qu'il nous faut signaler à cause de leur importance dans l'étiologie des ruptures. Ce sont les modifications qui surviennent : 1° dans la structure des parois, et 2° dans la composition du contenu.

1° Nous avons déjà vu que la paroi peut s'amincir jusqu'à la perforation spontanée, et que les végétations intra-kystiques peuvent l'user complètement. Nous pouvons encore observer d'autres altérations (1).

La dégénérescence *calcaire* est constituée par le dépôt de grains ou de plaques calcaires dans les couches internes de la paroi. Elle s'observe surtout quand la nutrition de la tumeur se fait d'une façon défectueuse, comme dans les cas de torsion du pédicule. Olshausen nous en cite plusieurs cas, en particulier celui de Mayne (*Dubl. Hosp. gaz.*, 1857, n° 4), où une tumeur du volume d'une orange était presque complètement calcifiée.

La dégénérescence *graisseuse* est très fréquente, presque constante, dans les kystes. Les cellules épithéliales deviennent grasses, tombent et se dissolvent. Il en est de même pour le tissu conjonctif. C'est ainsi que se forment les éléments gras, la cholestérine des liquides kystiques. Tout ce qui compromet la nutrition des tumeurs favorise cette dégénérescence, surtout la pression du contenu contre les parois.

On observe aussi des dégénérescences *athéromateuses*.

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 65.

Malassez et de Sinéty ont observé, dans les cloisons seulement, des dégénérescences comparables à des infarctus. Elles se présentent sous forme de taches blanches opalines; au microscope, on y distingue une masse granuleuse contenant des fibres conjonctives et des éléments embryonnaires.

Il est facile de comprendre que toutes ces modifications survenant dans les parois kystiques en affaiblissent la résistance et les prédisposent à la rupture. Dans le cas de Mayne que nous avons cité plus haut, la tumeur présentait une rupture en un point où l'enveloppe calcifiée était plus faible (obs. 113).

2° Le contenu du kyste peut être modifié par une hémorrhagie ou par la suppuration.

L'hémorrhagie peut être spontanée, surtout dans les kystes papillaires; elle peut être produite par une ponction, soit que le trocart ait lésé un gros vaisseau, soit que la diminution brusque de pression intra-kystique détermine des ruptures des vaisseaux capillaires. Mais la cause la plus fréquente est la torsion du pédicule (1). L'hémorrhagie intra-kystique s'accompagne alors d'hémorrhagie interstitielle dans la paroi. Cet épanchement peut se faire lentement ou brusquement. Dans ce dernier cas la malade peut tomber dans le collapsus et mourir presque subitement. La paroi kystique rapidement distendue peut céder et se rompre.

L'hémorrhagie présente une importance particulière dans la variété de kystes étudiée par Boeckel et par Rollin

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 105.

sous le nom de *kystes ménorrhagiques*. Elle est pour ainsi dire la cause première du kyste et elle s'y reproduit fréquemment, augmentant ainsi peu à peu le volume de la tumeur jusqu'à ce qu'elle se rompe.

La *suppuration* du kyste reconnaît pour cause principale la ponction faite avec des instruments dont l'asepsie n'est pas parfaite. Dans certains cas, elle succède à un traumatisme, à la torsion du pédicule. Elle est fréquente après l'accouchement. Elle survient surtout dans les kystes dermoïdes ; leur contenu, dit Olshausen (1), est un meilleur terrain de culture que le liquide des kystes prolifères. La suppuration peut aussi être spontanée ; Olshausen l'explique par le passage de l'intestin dans le kyste d'organismes pyogènes ; Pozzi (2) admet que les microbes pénètrent dans le kyste par les trompes.

La suppuration est une cause fréquente de rupture par l'augmentation de tension qu'elle détermine. De plus, elle s'accompagne d'une inflammation qui modifie les conditions de résistance de la paroi. Cette inflammation agissant sur la face externe aussi bien que sur la face interne du kyste, est une des causes les plus fréquentes de ces adhérences qui compliquent si souvent les tumeurs ovariennes.

Les *adhérences* reconnaissent pour causes, non seulement la suppuration du kyste, mais encore les frottements répétés, les péritonites partielles, la torsion du pédicule. Elles peuvent se faire avec la paroi abdominale, l'épiploon,

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 106.

(2) Pozzi : *loc. cit.*, p. 728.

l'intestin, la vessie, le vagin. Certaines adhérences aux organes pelviens, adhérences *par infiltration*, s'expliquent par le mode de développement même de la tumeur (Braun) (1).

Les adhérences avec la paroi abdominale ou avec les organes abdominaux peuvent avoir des conséquences importantes. La rupture du kyste peut être, grâce à elles, plus difficile; et, si elle a lieu, elle peut intéresser, en même temps que la paroi kystique, la paroi qui lui est adhérente, et le contenu de la tumeur s'écoule à l'extérieur. Cette terminaison peut être regardée comme heureuse, quand on songe que l'irruption d'un liquide kystique dans le péritoine est fréquemment la cause d'une péritonite grave. Mais ces ruptures extra-péritonéales, comme nous le verrons plus loin, sont loin d'être sans danger. Les adhérences rendent d'ailleurs l'ovariotomie plus difficile; aussi peut-on les considérer comme une complication sérieuse des kystes de l'ovaire.

Nous avons déjà parlé de la *torsion du pédicule*. C'est un accident assez fréquent dont nous ne pouvons étudier ici les causes (2). D'après Olshausen, elle serait relativement plus fréquente dans les kystes dermoïdes que dans les kystes prolifères (3), et elle pourrait s'observer également dans les kystes paraovariques, car ce serait une erreur de croire que les kystes extra-ovariques ne se pédiculisent

(1) Braun : *Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète*. Thèse de Nancy, 1890.

(2) Mouis : *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889.

(3) Olshausen : *loc. cit.*, p. 109.

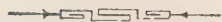
jamais (1). Olshausen (2) a vu un cas de torsion du pédicule d'un kyste paraovarique. Edwards (3) en relate également une observation.

Comme nous l'avons vu, la torsion du pédicule peut avoir des conséquences redoutables : hémorrhagie, suppuration, dégénérescence de la paroi. Il en est encore une que nous n'avons pas signalée, c'est la *gangrène* de la tumeur. Les parois se mortifient, se déchirent et le contenu altéré se répand dans le péritoine.

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 146.

(2) Olshausen : *loc. cit.*, p. 148.

(3) Edwards : *On abdominal shock*. — *Lancet*, 1861, II, 5 octobre, p. 336.



PREMIÈRE PARTIE

RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Il est difficile de classer d'une façon méthodique les causes de rupture des kystes de l'ovaire. Un cas de rupture peut en effet reconnaître plusieurs causes, et d'un autre côté une cause donnée peut amener la rupture par plusieurs processus.

Nous distinguerons cependant deux grandes classes de ruptures :

- I. Les *ruptures traumatiques*.
- II. Les *ruptures spontanées*.

La première classe sera subdivisée en :

- 1° Traumatismes *externes*.
- 2° Traumatismes *internes*.
- 3° Traumatismes *chirurgicaux*.

La seconde classe sera également subdivisée en :

1° Ruptures par *augmentation de pression intrakystique*.

2° Ruptures par *altération de la paroi*.

3° Ruptures par *suite de complications*.

I. — RUPTURES TRAUMATIQUES

1° *Traumatismes externes*. — Parmi les traumatismes externes, celui que l'on trouve le plus souvent signalé est une chute. Danville (obs. 45), Dufay (obs. 53), Gaitskill (obs. 63), Guérard (obs. 72), Mauriceau (obs. 110), nous en citent des exemples. Nous trouvons encore une chute dans un escalier (Bacher, obs. 51) ; en montant en omnibus (Spencer Wells, obs. 204) ; sur le marche-pied d'une voiture (Buckham, obs. 29) ; sur un meuble (Lawrie Gentles, obs. 66) ; sur la glace (Lenepveu, obs. 102), (Simpson, obs. 169) ; du haut d'une échelle (Beaumont obs. 15) ; une chute de cheval (Hüss, obs. 80) ; une chute de voiture (Blundell, obs. 20), (Lowndes, obs. 150) ; la descente brusque d'un ascenseur (Barnes, obs. 7).

Dans plusieurs de ces cas, la chute fut accompagnée d'un traumatisme direct sur l'abdomen. Dans le cas de Magnus Hüss par exemple, la malade, montée sur un cheval ombrageux, fut désarçonnée et lancée le ventre contre une borne.

Dans d'autres circonstances, le traumatisme est simple, non accompagné de chute. Bezencenet (obs. 18), Boinet (obs. 23), citent des ruptures occasionnés par des coups de

pied ; Barnes (obs. 8), par un coup de pied d'un enfant ; Barneset Nicholson (1), par un coup de tête ; Oppolzer (2), par un coup de poing. Satterthwaite (obs. 159), nous parle d'une malade qui fut renversée par un cheval ; l'un des pieds de l'animal se posa sur le kyste qui éclata. M'Millan (3) a vu un kyste se rompre par le passage d'une pesante voiture sur le ventre de la malade. Doumairon (4) nous cite des ruptures déterminées par la pression d'une ceinture hypogastrique.

2° *Traumatismes internes*. — Nous entrons ici dans la série des traumatismes que Nepveu (5) et Lair (6) ont désignés par le nom de *traumatismes physiologiques*. Toutes les causes de cette catégorie peuvent se réduire à une seule : *l'effort*. Le kyste comprimé d'avant en arrière par la contraction des muscles des parois abdominales, de haut en bas par la contraction du diaphragme, éclate en son point le plus faible. Dufau (obs. 52), Olesius (obs. 126), nous citent des cas de rupture à la suite d'un effort ; Polaillon (obs. 146), une rupture à la suite d'un léger effort ; Peck (obs. 144), une rupture pendant le coït ; Pollard (obs. 148), à la suite de coïts répétés ; Spencer Wells (obs. 204), pendant la danse ; Keith (obs. 85), Péan

(1) Barneset Nicholson : *Lancet*, 1861 ; in Nepveu : *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine*, — *Annales de gynécologie*, 1875, t. 4, p. 14.

(2) Oppolzer : in Nepveu, *loc. cit.*

(3) M'Millan : in Gallez : *Histoire des kystes de l'ovaire*, Bruxelles, 1873, p. 132.

(4) Doumairon : *Etude sur les kystes ovariens compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*. Thèse de Strasbourg, 1868.

(5) Nepveu : *loc. cit.*, p. 42.

(6) Lair : *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine*. Thèse de Lyon, 1892.

(obs. 141), Simpson (obs. 168), à la suite d'une marche un peu longue; Emmet (obs. 56), à la suite d'une promenade en voiture; Vautrin (obs. VI), Wells (obs. 206), Delpech (obs. 46), pendant un mouvement brusque; Boechat (obs. 21), pendant des convulsions éclamptiques.

Une malade vit son kyste se rompre au moment où elle se baissait pour ramasser un objet un peu lourd (Goodell, obs. 68); une autre se baissait pour nouer le cordon de sa bottine (Trousseau, obs. 197); une autre encore allait un peu précipitamment ouvrir une porte (Thornton, obs. 192).

Doutrelepont (obs. 51) rapporte qu'un jour, pendant une ovariectomie, au moment d'ouvrir le péritoine, il ne sentit plus le kyste, et la percussion donna, non plus de la matité, mais de la sonorité intestinale dans tout l'hypogastre. Le kyste s'était rompu, et la rupture avait dû avoir lieu pendant que la malade se rendait à la salle d'opération ou pendant l'anesthésie.

Enfin, on a signalé un éclat de rire (Morgagni) (1), des efforts de toux (Richter) (2) ou de vomissements (Percival, obs. 145), un éternuement.

Le kyste peut encore subir des traumatismes internes d'un autre genre. Il peut s'user par pression et frottement contre une autre surface normale ou non de l'abdomen. C'est ainsi que West (obs. 212), trouva deux fois le kyste rompu en arrière, au point où il s'appliquait contre le détroit supérieur. Des tumeurs coexistantes doivent sou-

(1) Morgagni : *Lettre 38*, in Nepveu, *loc. cit.*

(2) Richter : in Gallez, *loc. cit.*, p. 132.

vent être incriminées. Smith (obs. 170) a vu un kyste rompu au point où il s'appliquait contre un fibrome utérin. L'utérus gravide peut avoir la même influence.

3° *Traumatismes chirurgicaux.* — La rupture reconnaît souvent pour cause des manœuvres chirurgicales. Nous ne parlerons pas ici des cas où, après une ponction, le liquide laissé dans la tumeur s'écoule dans le péritoine par l'orifice resté béant. Ce fait, assez fréquent, surtout quand la tumeur présente des bosselures qui empêchent les parois de s'appliquer l'une contre l'autre, (Courty) (1), doit être considéré, non pas comme une rupture, mais comme un accident de la ponction.

Mais la pénétration du liquide dans le péritoine à la suite d'une ponction n'est pas toujours due à la simple persistance de l'orifice. On trouve souvent à l'ovariotomie des kystes dont la paroi est tellement mince et friable qu'elle se déchire au moindre contact. Mathews Duncan (2) a vu dans un cas une pression très légère en un point amener des ruptures dans des points très éloignés. N'est-il pas possible que, dans ces cas, le trocart, au lieu de pratiquer un orifice de dimensions égales à son propre diamètre, y détermine une large déchirure ?

L'emploi de trocarts défectueux favorise également la production de cet accident. Quand l'instrument n'est pas suffisamment pointu, au lieu de pénétrer dans la tumeur,

(1) Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. Paris, 1881.

(2) Mathews Duncan, *Clinical lectures on the dis. of wom.*; in M^{me} Waite, *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

il lui imprime un choc qui peut la faire éclater. Waldenström (obs. 202) nous en fournit un exemple.

Howitz (obs. 78) nous cite un cas assez curieux. Il voulut un jour faire une ponction ; le trocart ne pénétrant pas facilement et la malade étant indocile, il la remit au lendemain. Le lendemain la tumeur avait disparu. Il est probable que le trocart sans traverser la paroi l'avait cependant éraillée et que la perforation s'était complétée peu à peu.

Woillez (obs. 215) cite un cas où la rupture d'une poche eut lieu par suite de pressions exercées par le médecin pour vider une autre poche ponctionnée. Rosner rapporte un cas de la clinique du professeur Madurowicz (obs. 107) où la tumeur se rompit au moment où l'on tendait la paroi abdominale pour faire la ponction.

Gosselin (obs. 70) nous rapporte l'observation suivante : Une malade fut atteinte d'épanchement intrapéritonéal à la suite d'une ponction pratiquée dans un kyste multiloculaire de l'ovaire. On était porté à attribuer l'écoulement du liquide à la persistance de l'orifice de ponction. L'autopsie démontra qu'il n'en était pas ainsi. Cet orifice était oblitéré ; mais une autre poche s'était rompue spontanément. Gosselin se demande si la ponction, en diminuant la pression intra-abdominale, peut favoriser la rupture d'un kyste très rempli et à la tension intérieure duquel cette pression diminuée ne fait plus équilibre.

On peut rapprocher de ce cas l'observation suivante de Spencer Wells (obs. 210). Une femme, mariée, âgée de 53 ans, présentait une tumeur volumineuse et de l'ascite.

L'ascite fut ponctionnée, le 25 février. Le lendemain la malade était dans un état satisfaisant. La deuxième nuit après la ponction, elle commença à se plaindre. Le troisième jour l'ascite s'était reproduite, et la malade mourait de péritonite le sixième jour. Quelques heures avant la mort, une sonde passée par la cicatrice de la ponction évacua du sérum trouble. A l'autopsie, on trouva une tumeur volumineuse perforée en arrière et en bas. La partie inférieure de la cavité abdominale contenait du liquide gélatineux. Dans ce cas également on peut invoquer comme cause de rupture une diminution de la pression extra-kystique ne faisant plus équilibre à la tension intérieure de la tumeur.

Aveling (obs. 4), nous cite un cas de rupture pendant l'exploration chirurgicale. Mundé (obs. 121), dilatant l'urèthre pour une rétention d'urine, rompit l'ovaire gauche par la palpation abdominale et le toucher urétral combinés.

II. — RUPTURES SPONTANÉES

1° *Augmentation de pression intra-kystique.* — L'augmentation de pression intra-kystique est une cause fréquente de rupture. Elle peut se faire de deux manières : *lentement* ou *rapidement*.

Quand la quantité de liquide s'accroît et que le développement de la paroi ne se fait pas dans la même proportion, cette paroi surdistendue s'amincit, s'ulcère en un point qui pour une raison ou une autre est moins résistant, et se rompt. Nous avons vu que c'est de cette

façon que Malassez et de Sinéty expliquent la destruction des cloisons interkystiques (1) ; le même processus rend compte de la perforation des parois. Nous avons déjà parlé de ces kystes dont la paroi est si mince qu'elle ne peut supporter le moindre contact sans se rompre (Mathews Duncan, Ollier) (obs. 127). Nous en avons vu nous-même un cas récemment (obs. V de M. le professeur Gross). Quoi d'étonnant à ce que cet amincissement puisse aller jusqu'à la perforation spontanée ?

D'autres fois l'exagération de la tension est due, non pas à la production de liquide, mais à la *production de végétations papillaires*. Barnes (2), Schröder (3) nous apprennent que ces végétations, se produisant en grand nombre dans l'intérieur de la cavité, peuvent finir par la faire éclater.

L'*augmentation rapide* de pression intra kystique est due le plus souvent à une *complication* et nous l'étudierons plus loin. Nous rappellerons seulement ici les observations de Gosselin et de Wells que nous avons citées plus haut, où la rupture eut lieu à la suite d'une ponction. L'accident est dû dans ces cas, non pas à une augmentation de tension intra-kystique, mais à une diminution de la pression extérieure au kyste. Le résultat est le même : distension de la paroi et rupture.

2° *Altération des parois*. — Nous avons étudié dans le premier chapitre les diverses modifications dont la paroi

(1) Malassez et de Sinéty : *Archives de Physiologie*, 1879, p. 624.

(2) Barnes, *Traité des maladies des femmes*. Traduction Cordes. Paris 1876, p. 290.

(3) Schröder ; *Maladies des organes génitaux de la femme*. Traduction Lauwers et Hertoghe. Paris, 1886, p. 396.

kystique pouvait être le siège. On peut observer des *dégénérescences graisseuse, calcaire*, de la *gangrène*. Mais la cause la plus fréquente dans cet ordre d'idées est l'envahissement et la destruction de la paroi par des *végétations papillaires*. Nous en citons un exemple qui nous a été fourni par M. le professeur Gross (obs. II).

Nous n'insisterons pas sur ces altérations ; nous ne pourrions que répéter ce que nous en avons dit plus haut ; mais il en est encore une qu'il nous faut signaler. Lorsqu'à la suite d'une rupture l'orifice se referme, il se forme en ce point une cicatrice qui ne reprend plus les qualités de résistance des points de la paroi voisins. Ces cicatrices « sont constituées par du tissu cellulo-fibreux et à peu près point de fibres élastiques, ne contiennent que peu ou point de vaisseaux, et sont par conséquent peu extensibles et douées d'une faible vitalité » Lair (1). Ces points sont évidemment des lieux de moindre résistance et favorisent les ruptures ultérieures. C'est ce qui explique ces ruptures répétées chez la même malade.

Bluff (obs. 49), Disse (obs. 49), Gallard (obs. 64), Kryzan (obs. 92), Mauriceau (obs. 110), Tillaux (obs. 193), Spencer Wells (obs. 204), ont observé deux ruptures successives chez la même malade ; Camus (obs. 32), Mighels (obs. 118), Péan (obs. 141), ont signalé trois ruptures ; Börner (obs. 26), Goodell (obs. 68), Soltau (obs. 172), quatre ruptures ; Tillaux (obs. 194), en a décrit une quinzaine ; Reuss (obs. 156), dix-sept ; Lambert (obs. 96), trente-cinq en huit ans ; Jenkins (obs. 82), une cinquantaine en quinze ans ; Bonfils

(1) Lair : *loc. cit.*, p. 20.

(obs. 25), Meredith (obs. 117), ont observé des ruptures fréquentes. Dans le cas de Meredith, les parois étaient mal nourries et en dégénérescence athéromateuse.

3° *Complications.* — Les complications qui peuvent être des causes de rupture sont l'*hémorrhagie intra-kystique*, l'*inflammation et la suppuration* de la tumeur, et la *torsion du pédicule*. Nous pouvons y ajouter l'*état puerpéral*.

1° *Hémorrhagie intra-kystique.* — L'hémorrhagie intra-kystique produit la rupture des kystes par le mécanisme de l'augmentation brusque de tension. Les causes principales en sont le traumatisme, la ponction, la torsion du pédicule ou une simple congestion de la tumeur.

C'est de cette façon que la rupture se produit fréquemment dans les kystes ménorrhagiques. « Sous l'influence d'une poussée congestive, dit Rollin (1), et très souvent, ce qui s'explique facilement, au moment où le follicule se déverse dans la cavité kystique, c'est-à-dire pendant les règles, la paroi, mise brusquement en tension, cède, et le kyste se rompt. »

Hofmeier (obs. 76), Veit (obs. 199), Spencer Wells (obs. 208), nous citent des cas de rupture par hémorrhagie intra-kystique à la suite de torsion du pédicule.

2° *Suppuration du kyste.* — La suppuration du kyste agit également par le mécanisme de l'augmentation de tension. De plus elle s'accompagne d'une inflammation et d'un ramollissement des parois. Les traumatismes, la ponction, la torsion du pédicule, les maladies concomi-

(1) Rollin : *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 27.

tantes peuvent amener l'inflammation et la suppuration de la tumeur.

Nous avons vu que la suppuration du kyste s'accompagne généralement de la formation d'adhérences qui s'opposent à l'épanchement du liquide dans l'abdomen, mais que cependant il n'en est pas toujours ainsi. Delbet (1) nous cite cinq cas de kystes suppurés ouverts dans la cavité abdominale; quatre de ces kystes étaient dermoïdes. Nous en avons trouvé trois cas dus à Chadwick (obs. 37), Péan (obs. 138), Verneuil (obs. 200).

3° *Torsion du pédicule.* — La torsion du pédicule est, un accident qui favorise au plus haut point la rupture des kystes. Elle augmente la tension intra-kystique, elle est une cause d'hémorrhagie dans la tumeur, de suppuration. Quand elle se fait lentement, elle peut amener la dégénérescence de la paroi; quand elle se fait brusquement, elle en produit la gangrène.

4° *Etat puerpéral.* — Il est une circonstance qui favorise beaucoup la rupture et dont nous n'avons pas encore parlé : c'est l'*état puerpéral* : grossesse, accouchement, suites de couches. L'influence réciproque de la grossesse et des kystes ovariens, déjà étudiée par Doumairon (2), a été l'objet d'un travail important d'un de nos maîtres (3), et nous ne pouvons mieux faire que de nous inspirer de ses conclusions.

(1) Delbet : *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891. Observations 404, 412, 435, 436, 439; p. 505, 506, 510, 511.

(2) Doumairon : *Etude sur les kystes ovariens compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*. Thèse de Strasbourg, 1868.

(3) Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrégation, 1886.

La rupture est relativement fréquente à toutes les époques de l'état puerpéral. Au début de la grossesse, un kyste peu considérable contenu dans l'excavation pelvienne peut être comprimé entre les parois osseuses du bassin et l'utérus dont le volume augmente progressivement, et éclater.

Dans les derniers mois, l'utérus s'étant développé dans l'abdomen à côté d'un kyste ovarique, la compression n'est plus à redouter grâce à la souplesse et à l'extensibilité de la paroi abdominale; mais il se produit alors entre le kyste et l'utérus gravide ce que nous avons signalé entre le kyste et une autre tumeur, un fibrome par exemple, des frottements, qui usent la paroi relativement mince du kyste et en déterminent la rupture.

Ce n'est pas tout. On sait que la grossesse s'accompagne d'une congestion intense de tout l'appareil génital. Sans doute, le kyste détruit le plus souvent l'ovaire dans lequel il se développe et se rend ainsi physiologiquement indépendant de cet appareil; mais il lui reste cependant avec le système génital des relations vasculaires, ses vaisseaux lui venant toujours de l'artère ovarique. Il se congestionne donc pendant la grossesse et cette congestion a pour résultat une augmentation de tension et un ramollissement des parois, (Thibault) (1).

La grossesse conduit donc à la rupture, et elle y conduit de trois façons qui correspondent aux trois ordres de causes que nous avons admis : traumatisme, augmenta-

(1) Thibault : *Revue médico-chirurgicale*, 1847; in *Archives générales de médecine*, 1848, 4^e série, t. 16.

tion de pression, altération des parois. On voit donc que nous n'exagérons pas en disant qu'il était difficile de classer méthodiquement les causes de rupture, parce qu'une même cause pouvait amener la rupture par des processus différents. De plus, la grossesse est une cause fréquente de torsion du pédicule, et nous connaissons déjà l'influence de la torsion sur la rupture.

Schauta (obs. 324), nous rapporte un cas de rupture intra-péritonéale pendant la grossesse ; Spencer Wells (obs. 205, 206, 207), a vu des ruptures au troisième, au cinquième et au sixième mois ; Bateman (obs. 11), au troisième mois ; Kidd (obs. 86), au cinquième mois.

Au moment de l'accouchement, les dangers augmentent ; il est facile de s'en rendre compte. Le kyste, comprimé entre la contraction des muscles abdominaux et la contraction utérine, peut se rompre, quelle que soit l'épaisseur de sa paroi. S'il présente un prolongement intra-pelvien, il est serré entre les parois rigides du bassin et la tête fœtale, et éclate. Hofmeier (obs. 77) a vu deux fois des kystes se rompre pendant l'accouchement. Lefholz (obs. 101) en cite également un cas. Stadfelt (obs. 176) a vu un kyste dermoïde situé dans le cul-de-sac de Douglas se rompre pendant le travail. Dans l'observation de Fischel (obs. 58), un kyste plongeant en arrière du col se rompit pendant une contraction.

Rappelons ici l'observation de Boechat (obs. 21), où la rupture survint dans l'éclampsie pendant le travail.

Les interventions obstétricales sont également à redouter : les tentatives de réduction de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, les applications de forceps, Nolting

(obs. 125), la version, Baudelocque (obs. 12), Polaillon (obs. 147), Mighels (obs. 118), ont dans bien des cas déterminé la rupture. D'après une statistique de Jetter (1), sur 13 cas où le forceps fut employé, il y eut 2 ruptures. Ajoutons que bien souvent cette rupture a pour résultat de rendre possible un accouchement qui ne l'était pas. C'est ce qui arriva dans les cas de Fischel et de Stadfelt.

Les ruptures sont également fréquentes pendant les suites de couches. Le ramollissement des parois dont nous avons déjà parlé, l'inflammation et la suppuration du kyste qui surviennent facilement à cette période de la puerpéralité, la disparition rapide de l'utérus gravide jointe à la laxité des parois abdominales qui permettent à la tumeur de se déplacer et de se tordre sur son pédicule : ce sont là des causes suffisantes.

Edwards (obs. 55) vit une femme accouchée au septième mois mourir des suites d'une rupture provoquée par une torsion du pédicule.

La rupture peut se faire peu de temps après l'accouchement, ou tardivement. Thibault (obs. 187), cite un cas de rupture trente heures après l'accouchement ; Hardy (obs. 73), quarante heures ; Mighels (obs. 118), trois jours ; Spencer Wells (obs. 206), dix-huit jours ; Saxinger (obs. 160) a vu une femme mourir d'une rupture vingt jours après un accouchement provoqué à la trente-quatrième semaine.

(1) Jetter : *Dissert. de Tubingen, 1861* ; in Boinet et Ferrand : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre), 2^e série, t. 19, article *Ovaire*, 1884.

III. — RUPTURES DE CAUSES COMPLEXES.

Nous avons vu la rupture survenir à la suite de traumatismes très variables. S'il est facile d'admettre qu'une chute, un coup de pied violent puissent rompre un kyste, il est permis de se demander si un éclat de rire ou un mouvement un peu brusque peuvent avoir les mêmes conséquences.

Pour l'expliquer, il faut faire intervenir les diverses modifications que nous avons signalées dans l'état du kyste. Incontestablement il y a des ruptures traumatiques pures, il y a des ruptures complètement spontanées. Mais dans la plupart des cas, il nous semble que les deux ordres de causes doivent être invoqués, la rupture étant préparée par une altération des parois et déterminée par un traumatisme.

En résumé, sur 221 cas de ruptures intra-péritonéales, nous trouvons 86 fois une cause à invoquer.

24 fois on peut incriminer un traumatisme, chute, coup de pied, etc. ; — 16 fois un effort, mouvement brusque, danse, etc. ; — 32 fois la puerpéralité, soit seule, soit accompagnée d'un effort ou d'une intervention obstétricale, forceps, version, etc. ; — 10 fois une intervention chirurgicale, exploration, ponction, etc. ; — 3 fois la torsion du pédicule ; — 1 fois la congestion menstruelle.

Il nous reste à voir si l'âge de la malade, le volume et la nature du kyste peuvent avoir quelque influence sur la rupture.

Age de la malade. — C'est le plus souvent à l'âge adulte que l'on observe les tumeurs de l'ovaire ; c'est donc aussi à cette époque que l'on observe les ruptures.

Cependant on peut trouver des kystes chez les enfants. Jenkins (obs. 82) nous rapporte l'observation d'une enfant de trois à quatre mois, qui eut une péritonite aiguë par suite de la rupture d'un kyste ovarique ; et Pooley (obs. 153) cite un cas de rupture chez une enfant de trois ans et quatre mois.

D'un autre côté, d'après Lair, les ruptures seraient fréquentes à un âge avancé, « parce qu'alors les kystes présentent souvent un ramollissement cancéreux de leurs parois (1). »

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé :

Sur 116 cas où l'âge est indiqué, la rupture a eu lieu :

De 0 à 10 ans.....	2 fois
— 10 à 20 ans.....	9 —
— 20 à 30 ans.....	26 —
— 30 à 40 ans.....	26 —
— 40 à 50 ans.....	27 —
— 50 à 60 ans.....	20 —
— 60 à 70 ans.....	5 —
— 70 à 80 ans.....	1 —

En retranchant de cette statistique tous les cas où la rupture dépend plus ou moins directement de la puerpéralité, il nous reste 104 cas qui se répartissent ainsi :

De 0 à 10 ans.....	2 fois
— 10 à 20 ans.....	9 —

(1) Lair : *loc. cit.*, p. 10.

De 20 à 30 ans.....	19 fois
— 30 à 40 ans.....	21 —
— 40 à 50 ans.....	27 —
— 50 à 60 ans.....	20 —
— 60 à 70 ans.....	5 —
— 70 à 80 ans.....	1 —

On voit que la fréquence absolue de la rupture augmente jusqu'à la période qui s'étend de 40 à 50 ans, puis diminue. Mais il faut aussi tenir grand compte de ce fait que le nombre des malades atteintes de kyste diminue, ces malades succombant, soit à une complication autre que la rupture, soit à une affection intercurrente, de sorte que la fréquence relative de la rupture peut être considérée comme croissant avec l'âge, bien qu'au moment de la ménopause, une des grandes causes de ruptures soit supprimée.

Volume de la tumeur. — Il serait difficile de présenter une statistique sérieuse basée sur le volume de la tumeur, car les observations donnent rarement des indications suffisamment précises sur la question. Plus un kyste est volumineux, plus il est exposé aux traumatismes, et sans doute aussi aux dégénérescences. Mais il y a à cette règle de nombreuses exceptions. On voit bien souvent des kystes volumineux qui ne se sont jamais rompus, tandis qu'on trouve dans les auteurs des ruptures de kystes très petits.

Vidal (obs. 201) nous rapporte un cas de rupture d'un kyste du volume du poing qui ne fut reconnu qu'à l'autopsie. Dans le cas de Crome (obs. 42) la tumeur était petite; dans celui de Négrier (obs. 122) elle avait le volume d'un œuf, et dans celui de Chrobak (obs. 39), le volume d'une grosse noisette.

Nature de la tumeur. — Pour ce qui est de la nature de la tumeur et de son contenu, les observations sont habituellement plus explicites. Voici, d'après les renseignements qu'elles nous donnent, ce que nous avons trouvé :

Sur 99 cas nous remarquons que :

31 fois le kyste était multiloculaire ;

4 — il était uniloculaire ;

8 — il était papillaire ;

8 — il était dermoïde ;

5 — il était hématique ;

10 — il était développé dans le ligament large ;

25 — il contenait un liquide gélatineux ou colloïde ;

6 — il était purulent ;

2 — ses parois étaient calcifiées.

Par ce tableau on voit que la rupture est fréquente dans les kystes dermoïdes, étant donnée la rareté assez grande de cette variété de tumeur. Elle est fréquente également dans les kystes multiloculaires et dans les kystes à contenu colloïde.

Si nous trouvons signalés deux cas de dégénérescence calcaire, et s'il n'y est pas fait mention de la dégénérescence graisseuse qui est cependant fréquente, c'est que la première se reconnaît à l'œil nu, tandis que la seconde ne se reconnaît qu'au microscope et que l'examen histologique est bien souvent négligé.



CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Après ce que nous avons dit dans le premier chapitre, il nous reste peu de chose à ajouter sur l'anatomie pathologique de la rupture. Nous décrirons l'état de la cavité péritonéale, puis l'état du kyste ; enfin nous dirons quelques mots des généralisations.

1° Etat de la cavité péritonéale. — A la suite de la rupture intra-péritonéale, on trouve dans la cavité abdominale une quantité plus ou moins grande de liquide kystique. La quantité de liquide est en général d'autant plus grande que la tumeur est plus volumineuse, l'orifice plus large, la rupture plus ancienne et le liquide plus fluide. Ce liquide occupe les parties les plus déclives de l'abdomen, à moins que des adhérences, antérieures à la perforation ou formées à la suite de la rupture, n'aient limité l'épanchement.

Il va de soi qu'on peut trouver toutes les variétés de liquide, depuis le liquide séreux jusqu'au pus et au contenu des kystes dermoïdes. Dans deux cas (obs. I et V), M. le professeur Gross trouva de la matière colloïde sous un aspect particulier. Au milieu d'un liquide séreux nageaient des globules gélatineux, du volume d'une noisette ou

d'une petite noix. On y trouve également du sang, soit que la tumeur appartienne à la variété *ménorrhagique*, soit qu'il y ait eu avant la rupture une hémorrhagie intrakystique, soit encore qu'un gros vaisseau ait été lésé au moment de la perforation. Péan (obs. 142) trouva dans une opération une hématocele, consécutive à une torsion du pédicule et à une rupture du kyste.

Quelquefois les diverses couches de liquide n'ont pas le même aspect. Ollier (obs. 127), opérant une jeune fille de 19 ans, trouva dans le péritoine un liquide d'abord clair, puis verdâtre plus bas, et purulent au fond de la cavité abdominale.

Barnes (1) nous raconte que Spencer Wells trouva dans une opération un liquide qui « contenait certainement un poison animal très violent, car lui-même fut malade pour l'avoir touché avec les doigts ».

Si, immédiatement ou peu de temps après la rupture, le liquide épanché dans le péritoine est identique au liquide kystique, il n'en est plus de même au bout d'un certain temps, s'il s'est déclaré une péritonite. L'exsudat inflammatoire qui en est la conséquence se mélange au liquide kystique et le rend louche ou purulent, quand il ne l'était pas déjà par lui-même.

Le péritoine peut être sain, quand le liquide n'est pas irritant; dans le cas contraire il est enflammé, rouge, injecté. Les lésions sont plus marquées sur le feuillet viscéral que sur le feuillet pariétal. Les anses intestinales,

(1) Spencer Wells : *Medical Times and Gaz.*, 1861 ; in Barnes : *Traité des maladies des femmes*. Traduction Cordes, Paris, 1876, p. 289.

souvent distendues par des gaz, sont parsemées de granulations et recouvertes d'un exsudat fibrineux ou de fausses membranes qui les agglutinent entre elles ou aux organes voisins : paroi abdominale, épiploon, organes pelviens ou au kyste lui-même. A l'autopsie d'une femme morte cinq à six jours après une rupture, Simpson (obs. 167) trouva une couche d'exsudat qui, en certains points, avait 25 millimètres d'épaisseur.

Quand la rupture est plus ancienne, on trouve des adhérences plus ou moins fortes et étendues. Dans le cas de Herapath (obs. 74) où la mort eut lieu onze semaines après la rupture, la paroi abdominale et les intestins étaient liés entre eux par des adhérences noirâtres et gangréneuses.

2° État du kyste. — En examinant le kyste, on y trouve souvent les modifications que nous avons signalées : dégénérescences diverses, torsion du pédicule, hémorrhagie interstitielle, etc.

L'aspect de l'orifice, son siège, ses dimensions sont variables. Il peut avoir la forme d'une déchirure linéaire, et est alors le plus souvent d'origine traumatique. Poncet (obs. 151) nous fournit un cas où la déchirure était étoilée ; dans un cas d'Hugo-Schmidt (obs. 163) elle était en zigzag. D'autres fois il est arrondi, à bords minces ; il est alors spontané et résulte de la destruction lente des parois. Dans certains cas il paraît avoir été fait à l'emporte-pièce (Péan, obs. 140). Cavasse (obs. 36) nous cite un cas où les bords étaient noirâtres, déchiquetés, gangréneux.

Que la déchirure soit spontanée ou traumatique, elle se fait d'habitude au point le moins résistant ; aussi les

bords en sont-ils le plus souvent amincis ; cependant un traumatisme violent peut rompre un kyste dont les parois sont partout épaisses.

La perforation est généralement unique, mais elle peut être multiple, et les divers orifices peuvent siéger sur la même poche ou sur plusieurs poches distinctes. On a signalé : deux orifices : Doutreloup (obs. 51), Panas (obs. 132), Simpson (obs. 168), Thibaut (obs. 187) ; — Trois orifices : Edwards (obs. 55) ; — Plusieurs orifices : Bœckel (obs. 22), Foulis (obs. 59), Poncet (obs. 140) ; — Une trentaine d'orifices : Spiegelberg (obs. 174).

Le plus souvent l'orifice siège en arrière ou en haut. Sur 32 cas où la situation de l'orifice est indiquée, nous le trouvons :

Treize fois en arrière : Gross (obs. I et VI), Bailly (obs. 6), Bœckel (obs. 22), Caresme (obs. 33), Mundé (obs. 121), Négrier (obs. 122), Scanzoni (obs. 161), Terrillon (obs. 180 et 181), Spencer Wells (obs. 203, 205 et 210) ;

Dix fois en haut : Gross (obs. II), Vautrin (obs. VI), Barth (obs. 10), Boechat (obs. 21), Cruveilhier (obs. 43), Herapath (obs. 74), Jobert (obs. 84), Laroyenne (obs. 98), Olshausen (obs. 128), Terrillon (obs. 182) ;

Quatre fois en avant : Gross (obs. V), Lance (obs. 44), Nicolas (obs. 123), Hugo-Schmidt (obs. 163) ;

Une fois à la partie supérieure, postérieure et droite : Simpson (obs. 167) ;

Une fois à la partie inférieure et droite : Polailon (obs. 147) ;

Une fois à la partie antérieure, inférieure et droite : Edwards (obs. 55) ;

Une fois sur le bord gauche : Verneuil (obs. 200) ;

Une fois sur le bord droit : Simpson (obs. 168).

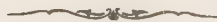
L'orifice peut être petit (Verneuil, obs. 200), de la dimension du trou fait par une épingle (Cleeman, obs. 44), d'un grain de millet (Chroback, obs. 39) ; il peut être large (Laroyenne, obs. 98, Négrier, obs. 122, Vidal, obs. 201). Ses dimensions étaient de 5 millimètres dans le cas de Nolting (obs. 125), de 4 lignes dans celui de Dance (obs. 44), de 15 millimètres dans celui de Barth (obs. 10), de 3/4 de pouce dans celui de Herapath (obs. 74), de 7 centimètres dans celui de Hunter (obs. 79). Dans un cas d'Ols-hausen (obs. 128), il admettait quatre doigts. Spiegelberg (obs. 174) a vu sur un kyste une trentaine de perforations, dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles de la paume de la main ; une d'entre elles avait 10 centimètres de diamètre. Addison (obs. 1) a vu un kyste qui présentait une ouverture cicatrisée de 20 centimètres de longueur.

L'orifice peut être obstrué en partie par des végétations néoplasiques, qui, nées à la face interne de la tumeur, font hernie à travers la perforation et s'étalent à la face externe. D'autres fois on trouve engagées dans l'orifice des masses colloïdes qui recouvrent plus ou moins la face externe et qui se continuent à l'intérieur de la tumeur avec la substance qui y est encore contenue (obs. V de M. le professeur Gross). Dans un cas de Kœberlé (obs. 89) des cheveux étaient engagés dans l'orifice. Dans d'autres cas l'ouverture est plus ou moins obstruée par un caillot (Trousseau, obs. 196).

Dans certains cas on trouve sur les kystes des points d'aspect cicatriciel, traces d'anciennes ruptures refermées (Addison, obs. 1).

3^e *Généralisation.* — Nous avons déjà parlé des généralisations des tumeurs kystiques au péritoine. Poupinel (1) nous en cite de nombreux exemples. Le péritoine pariétal peut présenter une couche néoplasique qui en augmente considérablement l'épaisseur (Terrier, obs. 178); d'autres fois on trouve disséminés sur toute son étendue des noyaux cancéreux (Spencer Wells, obs. 203), de petits kystes (Parish, obs. 133). Ces végétations siègent de préférence sur les anses intestinales et sur les parties déclives de la cavité abdominale, mais on les trouve également sur la face inférieure du foie, l'estomac et la rate (Schlegtendal, obs. 162). Ménétrier (obs. 116) a vu de l'ascite, des plaques blanchâtres et de petits kystes sur le péritoine et de plus le même épanchement, les mêmes plaques et les mêmes kystes dans la plèvre droite. Ces faits de généralisation s'observent même avec les kystes dermoïdes, et Frænkel nous en cite deux exemples : l'épiploon et les anses intestinales présentaient à leur surface de petits kystes dermoïdes (obs. 60).

(1) Poupinel : *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886.



CHAPITRE III

Symptômes

Les symptômes qui accompagnent la rupture des kystes dans le péritoine sont extrêmement variables. Ils dépendent du volume et de la nature de la tumeur, de la composition du contenu, de la cause de la rupture et de l'étendue de l'orifice. Enfin les divers cas présentent entre eux des différences à peu près inexplicables et qui doivent dépendre de circonstances individuelles difficiles à préciser.

La nature de la tumeur et la composition de son contenu exercent sur la symptomatologie une influence considérable. Les kystes suppurés ou dermoïdes, lorsqu'ils se vident dans le péritoine, ce qui heureusement n'est pas fréquent, déterminent, sauf de rares exceptions, le développement d'une péritonite presque toujours mortelle. Les liquides colloïdes, moins dangereux que le pus, sont cependant aussi à redouter. Les liquides séreux seuls sont à peu près inoffensifs. Nous reverrons dans le chapitre du pronostic l'influence des divers genres de liquide. Il nous suffira ici de dire, avec Boinet et Ferrand (1), que le liquide est d'autant plus irritant qu'il

(1) Boinet et Ferrand : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre), 2^e série, tome 19, 1884. Article ovaire.

s'éloigne plus par sa composition de la sérosité normale

Le volume de la poche rompue, les dimensions de l'orifice, déversant dans la cavité abdominale une quantité plus ou moins grande de liquide, modifient également les symptômes de l'accident.

La cause de la rupture n'est pas sans influence. Quand la rupture reconnaît pour cause unique un traumatisme, il n'y a évidemment pas de prodromes. Il n'en est pas toujours de même quand la rupture est spontanée, ou quand, déterminée par un traumatisme, elle a été préparée et facilitée par une altération des parois. Dans ce dernier cas elle est souvent précédée de symptômes particuliers, consistant en malaises, douleurs plus ou moins vives, nausées, vomissements, poussées fébriles. D'après Remy (1), la rupture est généralement précédée de malaises. Dans beaucoup d'observations, les auteurs signalent des douleurs d'intensité variable qui ont précédé de plus ou moins longtemps la perforation. Spencer Wells (obs. 206) nous cite le cas d'une malade qui éprouvait de vives douleurs depuis une dizaine de jours quand la rupture eut lieu. Chez une autre malade du même chirurgien, les douleurs duraient depuis quatre mois et demi avec une intensité variable (obs. 205).

Prodromes. — Il est incontestable que la rupture est souvent précédée de douleurs; mais il n'est pas toujours possible d'affirmer qu'il y ait une relation entre l'une et

(1) Remy: *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrégation, 1886.

les autres. Laroyenne et Soller (obs. 98) nous citent l'observation d'une malade qui depuis un an seulement avait remarqué une augmentation de volume du ventre, et qui depuis dix-huit mois éprouvait des douleurs intermittentes. Depuis trois mois, ces douleurs étaient devenues plus vives et à peu près constantes. Depuis huit jours enfin, elles avaient acquis une acuité considérable. La malade fut opérée le 24 septembre 1881; le kyste fut trouvé rompu. Dans ce cas il est permis d'admettre que la rupture s'était faite huit jours avant l'opération, au moment où les douleurs avaient pris une intensité particulière; mais dans d'autres observations nous voyons les douleurs présenter une intensité progressivement et régulièrement croissante. A partir de quel moment dira-t-on que ces douleurs sont des prodromes de rupture?

Nous ne nions pas cependant qu'il y ait une relation entre les deux phénomènes : douleur et rupture; mais il nous semble que cette relation n'est qu'indirecte. Les douleurs doivent être considérées comme dépendant non pas d'une rupture qui surviendra ultérieurement, mais d'une modification survenant actuellement dans le kyste et pouvant aboutir à la rupture. Leur importance n'en est pas moins grande pour cela. Si ce ne sont pas des *prodromes* qui précèdent et annoncent la rupture, ce sont des *symptômes* qui accompagnent une altération du kyste, altération qui peut conduire à la rupture et qui doit appeler l'attention du chirurgien sur la possibilité de cette complication.

Et de fait, il est souvent facile de trouver la cause de ces douleurs. Elle est due quelquefois à une augmen-

tation rapide du volume de la tumeur ; d'autres fois elles reconnaissent pour cause une torsion du pédicule ou une suppuration intra-kystique, et nous avons vu que ce sont là trois causes fréquentes de rupture. Hugues Bennet (1) explique encore ces douleurs par la formation d'ulcérations dans la paroi du kyste.

Symptômes.— La rupture des kystes peut passer complètement inaperçue. Hofmeier (2) prétend même que cet accident est rarement accompagné de symptômes subjectifs et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'attention est attirée sur ce fait. Schröder (3) dit que la rupture de poches kystiques est un accident journalier qui, en règle générale, passe presque inaperçu.

L'accident peut en effet ne pas être reconnu ; mais il faut pour cela certaines conditions. Il faut d'abord que le liquide soit complètement inoffensif. C'est là une condition absolument nécessaire, mais elle n'est pas suffisante. Il faut encore que la poche soit petite ou que l'orifice soit de petite dimension, car l'épanchement brusque d'une grande quantité de liquide même inoffensif dans la cavité péritonéale peut avoir les plus graves conséquences. Nous verrons que la rupture est quelquefois la cause d'une mort subite qui s'explique par l'action de la masse liquide faisant irruption dans le péritoine et y déterminant des phénomènes de choc mortels. On comprend que plus la

(1) Hugues Bennet : in Hue : *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

(2) Hofmeier : *Manuel de gynécologie opératoire*. Traduction Lauwers, Paris, 1889, p. 342.

(3) Schröder : *Maladies des organes génitaux de la femme*. Traduction Lauwers et Hertoghe, Paris, 1886, p. 408.

poche est grande, et l'orifice étendu, plus la quantité de liquide épanché est considérable et son issue rapide; plus aussi le choc est à craindre.

Voyons maintenant quels sont les symptômes de la rupture dans les cas les plus fréquents. Nous étudierons successivement les symptômes généraux et les symptômes locaux, puis la résorption du liquide épanché que l'on peut considérer comme un symptôme consécutif.

1° *Symptômes généraux.* — Dans certaines observations, nous trouvons signalée une sensation particulière. D'après Remy (1), l'accident est souvent accompagné d'une sensation de rupture. Bonfils (obs. 25), Hüss (obs. 80), Thornton (obs. 192), Trousseau (obs. 197), Spencer Wells (obs. 206), nous en citent des exemples. Labbé (2), nous parle d'une sensation de craquement. La malade de Gairdner (obs. 62) éprouva une sensation d'épanchement de liquide dans l'abdomen. A celle de Bright (obs. 28), il sembla que ses intestins se retournaient. Olesius (obs. 126) nous raconte qu'une femme atteinte de kyste ovarique entendit, au moment où elle faisait un effort soudain, un bruit analogue à celui de l'ébullition de l'eau.

Le plus souvent, au moment de la rupture, la malade éprouve une douleur vive; si les douleurs existaient déjà, elles s'exaspèrent subitement au moment où la perforation s'établit. Cette douleur peut être nettement localisée; elle peut être localisée avec irradiations; elle peut enfin être généralisée: c'est le cas le plus fréquent. Dans certains cas

(1) Remy: *loc. cit.*

(2) Labbé: *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1876, p. 333.

où la douleur est localisée, le point où elle siège correspond assez bien au siège de la perforation. Simpson (obs. 167), nous rapporte l'observation d'une malade qui éprouvait des douleurs dans l'hypochondre droit. On trouva à l'autopsie un kyste rompu dans sa partie postérieure, supérieure et droite. Dans l'observation IV de M. le professeur Gross, la rupture siégeait sur le côté gauche de la tumeur, et la douleur avait débuté dans le flanc gauche.

En même temps que la malade éprouve des douleurs, elle peut être prise de défaillance de gravité variable, depuis un léger étourdissement, jusqu'à la syncope mortelle. Emmet (obs. 56), Cleeman (obs. 41), nous citent des cas où les malades tombèrent dans le collapsus. Nicolas (obs. 123), a vu dans un cas de rupture des symptômes de choc assez graves. Nous verrons, en étudiant le pronostic, que la mort subite n'est malheureusement pas très rare à la suite de cet accident.

Au lieu de défaillances ou de syncopes on peut observer au contraire des convulsions et des accès hystériques (Hue) (1). On peut même voir successivement les deux phénomènes. Barstcher (obs. 9), vit un jour une malade atteinte de kyste ovarique, qui fut prise subitement de douleurs abdominales très vives et présenta d'abord des syncopes, puis des convulsions.

Le collapsus peut présenter dans certains cas tous les caractères du choc péritonéal. Dans d'autres observations, on trouve signalés des symptômes qui peuvent faire diagnos-

1) Hue : *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883, p. 32.

tiquer une péritonite au début. La malade éprouve une sensation d'angoisse, de la dyspnée, du hoquet ; les traits sont altérés, la face est grippée, pâle ou cyanosée, le pouls petit, filiforme, fréquent, presque incomptable, la peau est sèche, les extrémités froides. La malade est tourmentée par une soif vive, des nausées incessantes, des vomissements de matières verdâtres et bilieuses. La température s'abaisse d'abord, puis remonte à la normale qu'elle ne tarde pas à dépasser.

Ces accidents peuvent être de courte durée ; mais le plus souvent ils se prolongent, et se confondent avec les symptômes de la péritonite plus ou moins violente qui se déclare. D'autres fois, comme dans le cas que nous rapporte Keith (obs. 85), les accidents immédiats s'arrêtent, et ce n'est qu'après une période de calme qu'ils reparaissent, annonçant l'inflammation péritonéale.

La malade présente alors tous les signes d'une péritonite intense, signes que nous n'avons pas à énumérer ici (obs. I de M. le professeur Gross).

La rupture d'un kyste ovarique peut encore se compliquer d'une lésion vasculaire qui donne lieu à des symptômes particuliers. L'hémorrhagie intra-péritonéale qui en résulte peut être une des causes de la syncope qu'on observe si fréquemment ; elle peut, si elle est suffisante, amener la mort subite, soit par l'anémie aiguë qu'elle détermine, soit par le mécanisme du choc en augmentant la quantité de liquide versé dans le péritoine ; elle peut aussi être une des causes de la péritonite aiguë qui va se déclarer. Enfin elle explique l'ictère hémaphéique qui a été signalé par

quelques auteurs comme symptôme de rupture (Kœberlé (1), Boinet et Ferrand) (2).

Peptonurie. — Il est encore un symptôme dont il nous faut dire un mot : après la rupture d'un kyste, l'urine de la malade peut présenter la réaction des peptones (Wassermann (3), Isaakidès) (4). Eichwald (5) avait signalé la présence de peptones dans le contenu des kystes colloïdes. Von Jaksch (obs. 81) nous rapporte l'observation d'une malade qui portait un kyste depuis plus d'un an. Tout à coup le volume de l'abdomen diminua et la malade présenta de la peptonurie. Von Jaksch diagnostiqua la rupture d'un kyste purulent, diagnostic qui fut confirmé à l'autopsie.

Küstner (obs. 93) nous fournit la relation d'un cas analogue. Une malade, chez laquelle la rupture fut vérifiée à la laparotomie, présentait de la peptonurie.

2° Symptômes locaux. — Si, immédiatement ou fort peu de temps après la rupture, nous examinons l'état de l'abdomen, nous retrouvons l'influence d'une partie des conditions que nous avons signalées au début. Si la cavité ouverte est de petit volume, il peut se faire qu'on ne constate aucune modification. Cependant Gallard (obs. 64)

(1) Kœberlé : *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud). Article *Ovaire*, t. 25, 1879, p. 523.

(2) Boinet et Ferrand : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre), t. 19, 2^e série, 1884, article *Ovaire*, p. 125.

(3) Wassermann : *De la peptonurie et sur quelques points de la physiologie des peptones*. Thèse de Paris, 1885.

(4) Isaakidès : *Contribution à l'étude de la peptonurie et de la propeptonurie*. Thèse de Paris, 1889.

(5) Eichwald : *Die Colloidentartung der Eierstocke*; in *Würzburger med. Zeitschrift*, 1864, p. 350 ; in Wassermann, *loc. cit.*, p. 13.

dans un cas constata la disparition d'une poche hémisphérique qui était surajoutée à la tumeur principale.

Si le kyste est uniloculaire et l'orifice suffisamment large, la tumeur se vide complètement, rapidement et disparaît. L'abdomen a alors changé d'aspect ; il est toujours volumineux, mais au lieu d'être globuleux, saillant en avant, il est aplati sur la ligne médiane, saillant sur les côtés. Il a pris en un mot l'aspect d'un ventre distendu par une ascite, et l'on sait quels sont les caractères qui distinguent à la simple inspection l'ascite des kystes ovariens. A la palpation on ne sent plus le kyste, les parois s'étant appliquées les unes contre les autres et rétractées vers le pédicule.

A la percussion, on trouve de la sonorité dans la partie supérieure et médiane de l'abdomen, et de la matité dans la région hypogastrique et dans les flancs. La matité se déplace quand la malade se couche sur le côté. La fluctuation est très nette.

Si le kyste est multiloculaire, l'aspect est différent. Le point de l'abdomen où était située la poche rompue est affaissé, tandis que les régions voisines ont gardé tout leur développement. On a alors l'aspect irrégulier, bosselé que prend l'abdomen quand on a ponctionné et vidé une grande loge. Les anses intestinales venant se loger à la place de la poche vidée, la sonorité reparaît en ce point. On a de plus les symptômes d'une ascite plus ou moins abondante selon le volume de la cavité ouverte.

Un autre symptôme qu'il nous faut signaler est la disparition du frottement. Cette sensation, que l'on observe quelquefois en déplaçant la paroi abdominale sur la

tumeur, disparaît par suite de l'interposition d'une couche de liquide entre les deux surfaces. Keith (obs. 85) nous en rapporte un cas.

Olshausen (1) par contre a observé à la suite d'une rupture une sensation de froissement. Il était sorti de la tumeur des masses gélatineuses épaisses, et cette sensation, qu'Olshausen propose de désigner par le nom de « froissement colloïde, » était due à l'écrasement de ces masses par la palpation.

Dans certains cas la disparition de la tumeur peut être constatée par le toucher vaginal. Le cul-de-sac postérieur, déprimé par le kyste, reprend sa situation et sa profondeur normales (Remy) (2).

Carter (obs. 35) nous signale un symptôme plus curieux, c'est la formation d'un prolapsus utérin à la suite d'une rupture de kyste.

Immédiatement après l'accident la palpation abdominale peut le plus souvent nous donner ces indications ; mais les choses ne restent pas longtemps dans cet état. Dans bien des cas, sous l'influence de l'irritation péritonéale, le ventre se tend, se ballonne, devient douloureux. Le contact des couvertures est insupportable pour la malade ; à plus forte raison la palpation et la percussion sont-elles impossibles. Elles seraient d'ailleurs inutiles : la palpation ne donnant aucun renseignement par suite de la tension de la paroi, la percussion ne donnant que de la sonorité par suite du tympanisme. C'est dans ces cas que l'on

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1886, p. 119.

(2) Remy : *loc. cit.*

observe les symptômes graves dont nous avons parlé : angoisse, dyspnée, vomissements, hoquet, pouls filiforme. En un mot, ce n'est plus de l'ascite que l'on observe, c'est de la péritonite, péritonite qui peut rester localisée, mais qui le plus souvent est générale. Elle peut avoir une durée et une terminaison variables. Nous reviendrons sur cette question en étudiant le pronostic.

3° *Symptômes consécutifs. — Résorption du liquide épanché.* — Le liquide épanché dans le péritoine, qu'il soit ou non irritant, qu'il ait ou non déterminé une inflammation péritonéale, est résorbé et éliminé par les diverses voies d'excrétion de l'organisme.

Le phénomène le plus souvent observé est une polyurie abondante; le liquide résorbé est éliminé par les reins. La polyurie commence un temps variable après la rupture et dure plus ou moins longtemps. Dans un cas de Martin (obs. 109), où la rupture eut lieu dans la soirée, tout le liquide épanché fut résorbé et éliminé dans la nuit suivante. Le plus souvent la diurèse commence un ou deux jours après la rupture et dure environ quatre à cinq jours. Quand une péritonite s'est déclarée, la diurèse ne commence qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires. La quantité de liquide ainsi rendue est quelquefois considérable. La malade de Martin en rendit plusieurs litres. La malade de Lambert (obs. 96) en évacua 65 pintes en quatre jours. Une malade de Spencer Wells (obs. 204) évacua par l'urèthre une grande quantité de liquide, environ 15 à 20 litres, pendant trois ou quatre jours.

Boinet et Ferrand (1) semblent attribuer cette diurèse à ce que les uretères comprimés par le kyste reprennent leur calibre normal après la rupture. « Etant médecin des incurables à l'asile d'Ivry, j'ai eu dans mon service une femme chez laquelle cette compression se manifestait par de l'anurie progressive chaque fois que son kyste, se remplissant, arrivait à un haut degré de plénitude. Une ponction pratiquée alors rendait aux urines un libre cours et était suivie d'un flux urinaire des plus abondants, en même temps que d'un certain flux de l'intestin. Portal a cité un cas semblable. Peut-être faut-il rapprocher de ce fait celui de Disse, dans lequel furent observés de la diurèse et un flux anal que l'auteur crut devoir attribuer à une rupture du kyste. Enfin nous pouvons citer encore le cas de Soltau, dans lequel un kyste de l'ovaire se rompit trois fois dans le péritoine et où chaque rupture fut suivie d'une abondante diurèse. »

Cette théorie, admissible pour les cas d'élimination par les reins, ne l'est plus pour les cas où le liquide est éliminé, comme nous allons le voir, par d'autres voies. Quant à la polyurie consécutive à la ponction, on peut l'expliquer par la décompression qui se produit dans l'abdomen et par l'afflux sanguin qui en résulte. Bacon (2) nous rapporte l'observation suivante de Panas. Une femme de 24 ans, portant depuis deux ans un kyste uniloculaire, fut ponctionnée. « Immédiatement après la ponction, la malade urina plusieurs fois, et abondamment ; c'est là une

(1) Boinet et Ferrand : *loc. cit.*, p. 79.

(2) Bacon : *Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction*. Thèse de Paris, 1883, p. 36.

circonstance que nous avons eu l'occasion de noter souvent après l'évacuation des kystes ovariens par la ponction et qui pourrait s'expliquer par un afflux plus considérable du sang dans le système circulatoire du rein, par suite du vide que laisse après elle la disparition d'une tumeur abdominale volumineuse. »

Dans certains cas on observe de la diarrhée. La malade de Callanan (obs. 31) présenta une diarrhée incessante et une diurèse profuse. Celle de Disse (obs. 49) rendit par le rectum vingt-cinq litres de liquide en deux jours, puis la diarrhée cessa et fut remplacée par de la diurèse; pendant cinq jours, la malade urina onze litres par jour.

Dans d'autres observations, on signale des sueurs abondantes (Lagneau, obs. 95, Simpson, obs. 169). A propos de sa malade, Simpson nous dit que depuis plusieurs années elle ne transpirait plus. Ce fait peut être rapproché de l'anurie que présentait la malade de Boinet et Ferrand, et semble indiquer que ce trouble de sécrétion peut reconnaître une autre cause que la compression des uretères. La production continue du liquide kystique n'est-elle pas une dérivation capable de diminuer les autres sécrétions ?

D'après Remy (1), Hue (2), on peut également observer une salivation abondante. Laennec (obs. 94) nous en cite un cas.

Enfin, dans un cas de Lambert (obs. 96), la rupture fut suivie de la production d'une anasarque.

(1) Remy : *loc. cit.*

(2) Hue : *loc cit.*, p. 32

Boinet et Ferrand (1) expliquent également ces symptômes sans faire intervenir la rupture. Pour eux, les kystes de l'ovaire peuvent guérir par résorption spontanée du contenu accompagnée « d'évacuations diverses, soit par la peau sous forme de sueurs profuses, soit par les urines sous forme de diurèse abondante, soit encore par l'intestin sous forme d'un flux diarrhéique considérable. » La plupart des auteurs, ajoutent-ils, attribuent ces phénomènes à une rupture du kyste.

Nous ne voulons pas nous arrêter à discuter la question. Nous dirons seulement que la résorption du contenu des kystes ovariens par la paroi kystique elle-même n'est pas généralement admise, et que le plus souvent la rupture est prouvée non seulement par l'élimination du liquide mais par d'autres symptômes : péritonite, ascite, etc.

Remarquons que dans l'observation III de M. le professeur Gross, la malade ne présentait ni polyurie, ni diarrhée et qu'on ne constata chez elle aucune ascite.

Ruptures successives. — Un kyste peut se rompre à plusieurs reprises. Le plus souvent les diverses ruptures s'accompagnent des mêmes symptômes (Gallard, obs. 64, Reuss, obs. 156, Tillaux, obs. 193). Quelquefois cependant, ils deviennent de moins en moins graves (Camus, obs. 32, Péan, obs. 141). D'autres fois au contraire ils deviennent plus redoutables, et on a vu des malades guéries d'une première rupture succomber à une seconde (Bluff, obs. 19, Disse, obs. 49, Kryzan, obs. 92, Mighels, obs. 118).

(1) Boinet et Ferrand : *loc. cit.*, p. 124.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Nous avons vu que les symptômes de la rupture intrapéritonéale des kystes sont très variables. Il est facile d'en conclure que le diagnostic pourra être tantôt très facile, tantôt impossible.

D'après Hugue Bennet (1), la rupture est à prévoir quand la malade éprouve des douleurs vives dues à un travail ulcératif. D'après Chadwick (2), elle est à prévoir quand le kyste contient un liquide purulent. Il est bon de savoir que la suppuration intra-kystique ne s'accompagne pas toujours des symptômes graves que l'on pourrait s'attendre à trouver dans ces circonstances. Dans le cas de Chadwick (obs. 37), le kyste suppura sans altération de l'état général de la malade. Dans deux cas d'ovariotomie, Polaillon (3) trouva des kystes ovariens suppurés, alors que rien dans l'état des malades ne permettait de le supposer. Dans ces cas la ponction seule permettrait de reconnaître quelle est la nature du liquide.

(1) In Hue, *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1833.

(2) Chadwick, *The significance of pus in ovarian fluids*. — *Med. and surg. reports of the Boston City hospital*, 1882. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1882, II.

(3) Polaillon, *Union médicale*, 1888, 1^{er} novembre.

Nous avons vu que des malades sont mortes à la suite de la rupture de kystes très petits. Dans un cas de Chrobak (obs. 39), la tumeur avait le volume d'une noisette. Dans celui de Vidal (obs. 201) le kyste, du volume du poing, n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie. Dans ces cas la malade est prise d'une péritonite dont il est impossible de déterminer la cause.

Il en est tout autrement quand le médecin appelé auprès d'une femme qu'il sait être atteinte de kyste ovarique, trouve, soit à l'interrogation, soit à l'examen de la malade, les caractères de la rupture. Souvent la malade accuse un traumatisme ; à la suite d'un choc ou sans cause connue, elle a éprouvé une sensation de rupture, une douleur vive, des défaillances ou une syncope, des vomissements ; elle peut se trouver encore dans un état de choc plus ou moins prononcé. Ce sont là des phénomènes qui peuvent faire penser à une rupture. Mais si on constate à l'inspection que la forme de l'abdomen a changé, et à la palpation que la tumeur a disparu ou au moins diminué, que les contours en sont moins nets, qu'une des bosselures a cessé d'être perceptible, qu'un liquide occupe la région hypogastrique et les flancs, que la région épigastrique est devenue sonore, alors le diagnostic est facile ; ces symptômes peuvent être considérés comme des signes de certitude et les premiers comme des signes de probabilité.

Le médecin peut aussi être appelé auprès d'une malade dont il ne connaît pas les antécédents pathologiques ; mais la malade elle-même ou son entourage peuvent lui faire connaître l'existence antérieure d'une tumeur qui a

subitement disparu. On pourra alors poser le diagnostic de rupture de kyste avec une certitude d'autant plus grande que les renseignements recueillis paraîtront plus précis et plus dignes de foi.

Si la malade est en pleine péritonite, la palpation de l'abdomen étant impossible ou inutile, on peut rester hésitant ; cependant si on apprend que le ballonnement a été précédé par un affaissement du ventre, on sera encore en droit de dire que le kyste s'est rompu dans la cavité abdominale.

Il est des cas où le diagnostic est plus difficile. L'orifice de rupture peut être petit, de telle sorte que le volume et la forme de l'abdomen n'ont pas encore subi de grandes modifications au moment où on examine la malade. On ne peut alors se baser que sur les signes de probabilité pour supposer que le kyste s'est rompu ; le diagnostic peut devenir plus facile quelque temps après à mesure que le kyste se vide. C'est ce qui s'est présenté dans un cas de Keith (obs. 85).

Dans la même observation, Keith nous signale un signe de rupture : c'est la disparition du frottement qu'on observait précédemment, disparition due à l'interposition d'une couche plus ou moins épaisse de liquide entre la tumeur et la paroi abdominale.

Quand le kyste est colloïde, le diagnostic présente souvent de grandes difficultés. Dans ce cas en effet, le contenu de la tumeur s'écoule difficilement, le volume ne diminue pas d'une façon sensible, on ne perçoit pas de symptômes d'ascite en raison de la petite quantité et de la viscosité du liquide épanché. Olshausen observa dans un

cas de ce genre un bruit et une sensation de froissement, qu'il propose de nommer le « froissement colloïde ». Il était dû au déplacement et à l'écrasement par la palpation de masses gélatineuses sorties du kyste. Cette sensation est facile à distinguer, d'après Olshausen, du frottement dû aux adhérences. Malheureusement, ce signe n'est pas caractéristique de la rupture ; Olshausen lui-même dit qu'on peut l'observer dans les kystes non rompus. Il est dû alors au passage des mêmes masses gélatineuses d'une cavité dans une autre par un orifice de communication étroit, et à la présence dans le voisinage de ce point d'anses intestinales qui entrent en vibration (1). Lors donc qu'on voit apparaître ce symptôme, on ne peut pas en conclure que la tumeur s'est rompue, car on peut aussi admettre qu'une communication vient de s'établir entre deux cavités voisines.

Nous ne ferons qu'indiquer ici comme élément de diagnostic, la peptonurie dont nous avons parlé en étudiant les symptômes de la rupture.

L'évacuation d'une grande quantité de liquide, en particulier la polyurie ou la diarrhée, précédée ou non des signes que nous venons d'énumérer, mais accompagnée de la disparition de la tumeur peut suffire pour permettre de diagnostiquer une rupture du kyste.

Diagnostic différentiel. — C'est avec la torsion du pédicule que la rupture des kystes peut le plus facilement être confondue. On observe dans les deux cas de la douleur, des vomissements, du choc, de la péritonite. Mais dans la torsion la tumeur, loin de diminuer, aug-

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1886, p. 119.

mente le plus souvent (Mouls) (1) ; les contours de la tumeur au lieu de devenir plus vagues deviennent au contraire plus nets, par suite de l'augmentation de tension intra-kystique. La tumeur devient fixe. Enfin Mouls et Reboul (2), nous indiquent deux signes de torsion : un souffle systolique au niveau du point douloureux, et un mouvement en masse de la tumeur donnant la sensation d'un soulèvement, d'un glissement, d'une ondulation, et coïncidant avec le battement artériel.

La torsion peut d'ailleurs être suivie d'une rupture dont la cause sera généralement assez difficile à découvrir. C'est dans ces cas aussi, et dans les cas de rupture de kystes ménorrhagiques, qu'on pourra trouver chez la malade une hématocele dont l'origine pourra être méconnue.

Lair (3) nous donne le diagnostic différentiel de la rupture avec l'hémorrhagie qui se fait dans les kystes sanguins. S'il y a des points communs, tels que la douleur, le collapsus, la péritonite, il y a aussi des différences ; l'accident survient pendant les règles, et s'accompagne d'une augmentation de volume de la tumeur et non d'une diminution.

Dans un cas rapporté par Schwartz (obs. 165), les symptômes graves que présentait la malade avaient été attribués à une péritonite puerpérale. Dans d'autres cas on

(1) Mouls : *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 31.

(2) Reboul : *Association française pour l'avancement des sciences* ; 19^e session ; Congrès de Limoges, 1890. — *Compte-rendu*, I^{re} partie, p. 256.

(3) Lair : *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine*. Thèse de Lyon, 1892, p. 41.

pourrait songer à une suppuration intra-kystique. Dans les deux cas, le début serait moins brusque et ne s'accompagnerait pas d'une diminution dans le volume de la tumeur ; mais quelque temps après l'accident et en l'absence de commémoratifs précis l'hésitation serait permise.

Enfin une malade atteinte de kyste ovarique peut présenter de l'ascite. Après avoir recherché dans l'histoire de la malade les symptômes d'une rupture ancienne, et dans son état général la cause de l'ascite, s'il reste des doutes, il est un moyen qui permet souvent de faire le diagnostic : c'est la ponction et l'examen du liquide péritonéal. Nous avons vu quels sont les caractères chimiques et histologiques qui distinguent le liquide ovarique du liquide ascitique pur : densité plus forte, quantité plus considérable des substances solides, présence de la paralbumine et d'éléments cellulaires particuliers, etc. On pourrait nous objecter que la présence dans le péritoine d'un liquide d'apparence ovarique peut s'observer en dehors de toute rupture. Nous avons vu en effet récemment, dans le service de M. le professeur Gross, une femme qui présentait une tumeur peu volumineuse de l'abdomen et de l'ascite. Le diagnostic était douteux ; le liquide ascitique, retiré par une ponction et examiné, présentait les caractères du liquide ovarique. A l'opération on trouva un kyste de l'ovaire portant sur sa surface externe des végétations papillaires. Or nous avons dit que souvent ces végétations proviennent de l'intérieur de la tumeur dont ils ont traversé la paroi ; nous avons dit que l'envahissement de la paroi kystique par ces productions

n'est pas une des causes les moins fréquentes de la rupture du kyste et de l'effusion de son contenu dans l'abdomen. On voit donc que ce cas et les cas analogues ne s'écartent pas autant qu'on pourrait le croire de cette règle générale : la présence dans la péritoine d'un liquide de nature ovarique est un signe de rupture.

Tillaux (1) raconte qu'il reçut un jour la visite d'une femme qu'il avait soignée quelques mois auparavant pour une rupture d'un kyste ovarique. Cette malade venait lui demander un certificat constatant le genre d'accident pour lequel elle avait été en traitement, car on la soupçonnait d'avoir voulu dissimuler un avortement. Il peut sembler puéril, nous ne disons pas d'étudier, mais même de signaler le diagnostic différentiel de la rupture d'un kyste avec l'avortement ; mais il est facile de comprendre par l'exemple que cite Tillaux que, si ce diagnostic n'a pas grand intérêt au point de vue scientifique, il peut présenter une grande importance au point de vue médico-légal. D'ailleurs, même pour le médecin, la question peut quelquefois se poser, surtout dans les cas analogues à celui de l'observation III de M. le professeur Gross. Ici la tumeur disparut subitement pendant la nuit ; la malade n'accusa aucune polyurie ; au matin on ne constata pas d'ascite. Dans le cas particulier, le résultat de l'examen clinique antérieur permit de rejeter complètement l'idée d'un avortement.

(1) Tillaux : *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, tome 5, p. 750.

CHAPITRE V

Pronostic

D'après ce que nous avons vu dans les chapitres précédents, il est facile de prévoir que le pronostic de la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine sera loin d'être toujours le même, et que les conditions qui modifient les symptômes de cet accident en modifieront aussi les suites.

1° *Pronostic immédiat.* — Nous avons vu que l'accident pouvait passer complètement inaperçu, et nous avons cité les opinions de Hofmeier (1) et de Schröder (2). Répétons qu'il faut pour cela que la poche rompue soit petite et que le liquide soit inoffensif pour la sereuse péritonéale.

Il est incontestable que des kystes ovariques volumineux peuvent se rompre sans altérer l'état général de la malade, ou du moins en ne déterminant que des troubles passagers et sans importance. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que ces faits s'observent surtout dans les cas de kystes paraovariques, et la plupart d'entre eux attribuent le même pronostic favorable aux kystes ova-

(1) Hofmeier : *Manuel de gynécologie opératoire*. Traduction Lauwers. Paris, 1889, p. 342.

(2) Schröder : *Maladies des organes génitaux de la femme*. Traduction Lauwers et Hertoghe. Paris, 1886, p. 408.

riques uniloculaires. Or on sait que les kystes paraovariques et les kystes uniloculaires ont, en général, un liquide clair, limpide, séreux, non septique. Ce liquide, versé dans le péritoine, y est absorbé, et est ensuite éliminé par les diverses voies d'excrétion de l'organisme.

Guérison. — Non seulement, dans ces conditions, la rupture n'est pas suivie d'accidents graves, mais elle peut avoir pour conséquence une guérison définitive de la tumeur. (Obs. III de M. le professeur Gross).

Mathews Duncan (1) réserve ces cas de guérison aux kystes paraovariques seuls. « Les guérisons au moyen d'une ou plusieurs ponctions, les guérisons par médicaments, par rupture spontanée, par développement d'une grossesse, ont été, sinon simplement de grosses erreurs, du moins presque certainement des guérisons de kystes paraovariens dont l'histoire, comme je l'ai déjà montré, s'accorde absolument avec des allégations erronées de cette espèce et les explique. »

C'est aussi l'opinion de Lawson Tait (2) qui dit, en parlant des kystes paraovariques : « Quelquefois ils se rompent et semblent disparaître spontanément ; et cela a donné naissance à cette prétention qu'on obtient quelquefois ce résultat pour les tumeurs de l'ovaire. »

Mais d'autres auteurs admettent la possibilité de la guérison par rupture des kystes ovariens séreux uniloculaires, et il n'y a aucune raison de ne pas l'admettre, étant

(1) In Lawson Tait : *Traité des maladies des ovaires*. Traduction Olivier, Paris, 1886, p. 327.

(2) Lawson Tait : *loc. cit.*, p. 220.

données la constitution de la tumeur et la composition du liquide.

Vautrin (1), étudiant les kystes de l'ovaire intraligamentaires, dit que la guérison par rupture est rare, parce qu'elle ne peut avoir lieu que pour les kystes uniloculaires qui sont rares dans l'ovaire.

Kœberlé (2) dit que la guérison par rupture s'obtient rarement, et pour les kystes uniloculaires seulement.

D'après Courty (3), la rupture peut amener la guérison de certains kystes ovariens; et d'après Spencer Wells (4), le traitement médical doit ses succès à la rupture des tumeurs.

Simpson (5) est très affirmatif sur la question. Quand le kyste se rompt « par amincissement graduel et tout mécanique de ses parois distendues, » ou par traumatisme, si le contenu a les propriétés peu irritantes des liquides non inflammatoires, il n'y a pas de péritonite. La surface interne d'un kyste ovarien n'a pas de pouvoir d'absorption; par conséquent les médicaments, en particulier les diurétiques, n'ont aucune influence sur la résorption du liquide. Mais si ce liquide est versé dans le péritoine, il peut être résorbé par la séreuse qui est « normalement douée de propriétés absorbantes, susceptibles d'être excitées, quand il est

(1) Vautrin : *Etude sur les kystes de l'ovaire intraligamentaires*. Thèse de Nancy, 1885, p. 92.

(2) Kœberlé : *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud), t. XXV, article *Ovaire*, 1879, p. 546.

(3) Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. Paris, 1881, p. 1253.

(4) Spencer Wells : *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*. Traduction Rodet Paris, 1883, p. 163.

(5) Simpson : *Clinique obstétricale et gynécologique*. Traduction Chantreuil, Paris, 1874, p. 736.

nécessaire, par les diurétiques. » Parfois la nature fait de cette façon, spontanément, la ponction ; « elle soulage ainsi de temps à autre la malade des accumulations réitérées de liquide. Mais un autre résultat, encore plus heureux, a quelquefois suivi la déchirure mécanique d'un kyste ovarien dans la cavité péritonéale. En effet, l'on peut observer une guérison permanente. Car lorsque la déchirure des parois du kyste ovarien était primitivement large, — ou alors que, d'abord petite, elle est demeurée ouverte d'une manière permanente, — de façon à permettre l'écoulement continu du liquide sécrété par le sac ovarien dans la cavité du péritoine, celui-ci a quelquefois agi comme une surface absorbante, faisant constamment disparaître le liquide produit par la sécrétion permanente du kyste. » Dans quelques cas même, les parois du kyste, comprimées par l'épanchement, sont amenées au contact et finissent par adhérer ensemble.

Tel est aussi l'avis de Hüss (1) : le kyste peut se vider complètement, se ratatiner ; ses parois adhèrent les unes aux autres et la malade guérit ; ou bien l'ouverture se maintient et l'écoulement du liquide continue.

Olshausen (2) nous dit que le contenu clair et séreux des kystes anatomiquement uniloculaires est inoffensif, que les kystes proviennent des follicules de de Graaf ou des canaux de Wolff. Le liquide est résorbé, la perforation peut rester ouverte, la sécrétion diminue alors peu à peu, le sac se rétracte et la malade guérit.

(1) Magnus Hüss : *Cas de maladies rares* : I, Hydropisie périodique de l'ovaire. — *Archives générales de médecine*, 1857, 2, 5^e série, t. X, p. 1.

(2) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*, in *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, 1886, p. 116.

Gairdner (obs. 62), West (obs. 211), nous citent des cas de guérison de kystes paraovariques à la suite de ruptures. M. le professeur Gross en a également vu un cas (obs. III). Bacher (obs. 5), Barnes (obs. 7), Simpson (obs. 169), etc., nous rapportent des cas de guérison de kystes ovariques par le même mécanisme.

A la suite de ces ruptures, il peut persister pendant assez longtemps des troubles de sécrétion. C'est ainsi qu'une malade de Simpson éprouva pendant longtemps une forte diaphorèse (obs. 169).

Est-il indispensable pour que la guérison se fasse que le kyste soit uniloculaire et le liquide séreux?

Callanan (obs. 31) nous rapporte l'observation d'une malade qui guérit à la suite de la rupture de son kyste. Les médecins avaient diagnostiqué un kyste multiloculaire à parois minces, diagnostic qui, il est vrai, ne put être vérifié.

Lanelongue (obs. 97) a vu guérir par rupture un kyste à liquide verdâtre, épais et visqueux.

Spiegelberg (1) croit que le contenu des kystes colloïdes eux-mêmes n'est pas très dangereux, tant qu'il n'est pas mélangé de substance étrangère : sang, pus, etc. C'est aussi l'avis d'Olshausen (2) : le liquide des kystes colloïdes, quand il n'est pas altéré par la présence du pus ou du sang, est sans danger pour le péritoine, bien qu'il soit moins facilement résorbé que le liquide séreux.

(1) Spiegelberg : *Ueber Perforation der Ovarialcystome in die Bauchhöhle.* — *Archiv für gynäkologie*, 1870, Bd. I, Ht. 1, p. 60.

(2) Olshausen : *loc. cit.*, p. 117.

Telle serait aussi, d'après Lair (1), l'opinion de Poncet. « Sur quatre ovariectomies pour rupture de kystes de l'ovaire dans le péritoine qu'il a pratiquées depuis le mois de septembre dernier, deux fois le contenu du kyste était gélatineux ou colloïde. Dans l'observation I, on ne trouva pas à l'examen clinique de symptômes de péritonite; ce n'est qu'à l'ouverture du péritoine qu'on trouva celui-ci rouge et villosité. Dans l'observation II, on n'observait aucune réaction de la part de la séreuse. »

Nous ne pouvons passer sous silence à propos de ces cas de rupture, l'opinion suivante rapportée par Gallard (2). Après avoir dit que la rupture pouvait amener la guérison de certains kystes, il ajoute : « On a même été jusqu'à penser que cet accident pouvait être avantageux pour l'état général de la malade, dont la nutrition profiterait des éléments gras et albumineux contenus dans le liquide ainsi soumis à un travail de résorption. »

La rupture peut donc avoir d'heureux résultats, et c'est en s'appuyant sur ces faits que certains chirurgiens ont imaginé de faire de l'ouverture du kyste dans le péritoine un mode de traitement.

« Les anciens connaissaient bien ces faits ; aussi avaient-ils songé à rompre les kystes eux-mêmes en administrant des coups de maillet sur le ventre de la patiente. Je n'ai trouvé nulle part la relation d'une observation qui puisse autoriser une semblable pratique ; quoique

(1) Lair : *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine*. Thèse de Lyon, 1892, p. 55.

(2) Gallard : *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, Paris, 1886, p. 421.

les faits que je viens de vous rappeler expliquent, s'il ne la justifient pas, cette manœuvre digne des temps les plus barbares. On a songé à obtenir le même résultat par des moyens en apparence plus doux » (Gallard).

Nous ne rappellerons pas tous ces moyens qui consistent pour la plupart à pratiquer la ponction de telle façon que, le trocart retiré, l'orifice reste béant et le liquide continue à s'écouler dans le péritoine. Nous n'en citerons que, deux qui peuvent être rapprochés de certaines causes de rupture. Tilt (1) admet qu'on pourrait administrer un vomitif à la malade, dans l'espoir de déterminer une rupture du kyste pendant les efforts de vomissement; mais il ne conseille pas d'employer ce procédé.

« Aussitôt qu'on peut reconnaître le kyste, alors qu'il en est encore à sa première période de développement, alors que ses parois sont encore minces et que le liquide n'est pas irritant, le Dr Nægerrath rompt le kyste en le pressant entre l'index placé dans le vagin et la main qui déprime la paroi abdominale, dans l'espoir qu'il ne se remplira plus » (2).

Sans vouloir nous lancer dans des études de pathologie comparée, nous pouvons dire que ces faits ne sont pas particuliers à la pathologie humaine. Les vétérinaires obtiennent la guérison des vaches taurelières (vaches affectées de kystes de l'ovaire) par la rupture des tumeurs. « C'est en 1860 que M. Zangger, directeur de l'École vétéri-

(1) Tilt : *On a new plan of treating ovarian dropsy.* — *Lancet*, 1848, II, p. 179.

(2) In Emmet: *La pratique des maladies des femmes.* Traduction Olivier, Paris, 1887, p. 686.

naire de Zurich, a préconisé un procédé de guérison de la nymphomanie des vaches par manipulation et écrasement des kystes de l'ovaire qui sont la cause de leurs ardeurs génésiques continues. Ce moyen, simple et facile, consiste à introduire la main dans le rectum préalablement vidé, à chercher les vésicules ovariennes et à les comprimer modérément pour les faire éclater » (1).

Mais le pronostic de la rupture est loin d'être toujours aussi bénin, et nous sommes de l'avis de Gallard, qui dit qu'il aimerait mieux s'en rapporter au hasard que « d'user soit du coup de maillet, soit même de l'incision intra-péritonéale. »

Péritonite. — Il s'en faut de beaucoup, en effet, que les choses se passent d'habitude aussi simplement. Le plus souvent une péritonite plus ou moins grave se déclare.

Nous avons vu quels sont les liquides qui déterminent ces accidents. En première ligne il faut placer le pus, qui, versé dans le péritoine, y détermine des accidents sur-aigus. Mais nous savons que les adhérences viennent le plus souvent diriger l'écoulement vers l'extérieur. Quelquefois, dit Barnes (2), il se fait une perforation minime autour de laquelle se font des adhérences qui enkystent l'épanchement. D'autres fois au contraire les adhérences se font trop tard et la péritonite se déclare.

Le contenu des kystes dermoïdes est pour la séreuse

(1) *Union médicale*, 1874, 4 juillet, p. 22.

(2) Barnes : *Traité des maladies des femmes*. Traduction Cordes, Paris, 1876, p. 291.

péritonéale presque aussi irritant que le pus. Fort heureusement leur ouverture dans le péritoine est presque aussi rare que celle des kystes suppurés. Il en existe pourtant des exemples dus à Bauhin (obs. 13), Hardy (obs. 73), Herapath (obs. 74), Kœberlé (obs. 89), Nisten (obs. 124).

Les liquides gélatineux, colloïdes, sans avoir sur le péritoine une action aussi funeste que le pus ou les productions dermoïdes, n'en sont pas moins très irritants et la rupture des kystes qui les contiennent est presque toujours suivie d'une péritonite mortelle. C'est là du moins l'opinion de la plupart des auteurs.

Le sang, soit pur, soit mélangé à d'autres liquides, bien qu'il soit un liquide physiologique, est également irritant pour la séreuse, et les auteurs qui croient à l'innocuité du liquide colloïde pur, disent qu'il devient très dangereux quand il est mélangé à du sang (Spiegelberg, Olshausen).

On comprend par là quel doit être le danger des kystes ménorrhagiques. Leur rupture, dit Rollin (1), est suivie de mort en quelques heures par hémorrhagie interne, ou en quelques jours par péritonite, ou bien encore d'une hématocele pelvienne avec tous ses dangers.

La torsion du pédicule a souvent pour conséquence une hémorrhagie intra-kystique. Dans ces conditions, quand le kyste se rompt, le liquide sanguinolent qui se répand dans le péritoine y exerce une action très funeste.

Mouls (2), étudiant la torsion du pédicule fait remar-

(1) Rollin : *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 27.

(2) Mouls : *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 20.

quer que dans la rupture après torsion, surtout s'il y a sphacèle, il survient une péritonite aiguë.

Le liquide des kystes hydatiques, d'après Gallard (1), est également très dangereux.

Enfin il faudrait se garder de croire que la pénétration du liquide séreux dans le péritoine soit toujours sans inconvénient. Hue (2) nous dit qu'elle peut avoir pour conséquence une péritonite grave.

Il est encore une autre cause d'inflammation péritonéale que nous ne ferons que signaler, après Boinet (3) : c'est l'injection de teinture d'iode dans un kyste rompu.

La péritonite peut se déclarer plus ou moins rapidement après l'accident. Nous avons vu plus haut que les symptômes de rupture pouvaient être immédiatement suivis par les symptômes de péritonite sans accalmie. D'autres fois la malade se trouve mieux pendant quelques heures, et l'inflammation péritonéale ne se déclare qu'après une période de calme au moins relatif. Keith (obs. 85), nous cite un exemple où la malade se trouva assez bien pendant trente heures après la rupture.

La péritonite est fréquente après la rupture des kystes ; mais heureusement elle n'est pas toujours mortelle. Non seulement la guérison est possible, mais elle n'est même pas très rare, et bien des malades ont été guéries de leur kyste ovarique après avoir éprouvé tous les accidents d'une péritonite que l'on peut qualifier de critique.

(1) Gallard : *loc. cit.*

(2) Hue : *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

(3) Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*. Paris, 1877, p. 465.

La durée des accidents est variable : dans une observation de Boinet (obs. 23), la péritonite dura cinq ou six jours ; dans un cas de Hüss (obs. 80), elle maintint la malade au lit pendant six semaines.

Malheureusement, le plus souvent la péritonite a une terminaison plus ou moins rapidement fatale.

Emmet (1) dit que la rupture des kystes multiloculaires est un accident qui se termine presque toujours par la mort par péritonite, si on laisse le contenu de la tumeur dans la cavité abdominale. Ce contenu est essentiellement un corps étranger qui ne peut être résorbé, et comme tel détermine de la péritonite et de l'ascite.

Une péritonite mortelle peut être déterminée par la rupture d'un petit kyste ou par la production d'une perforation minime. Chroback (obs. 39) nous rapporte un cas de mort par péritonite en cinq jours, à la suite de la rupture d'un kyste de la grosseur d'une noisette ; l'orifice avait les dimensions d'un grain de millet. Cleeman (obs. 41) a vu mourir en trois jours une malade chez laquelle l'orifice présentait les dimensions d'un trou fait avec une épingle.

Nous avons dit que le liquide ovarique séreux n'était pas sans danger ; nous aurions pu ajouter qu'il en est de même pour le liquide des kystes paraovariens. Goodell (obs. 69) dit avoir vu deux cas de mort par rupture de kystes paraovariques. Nous aurons bientôt l'occasion de reparler de ces tumeurs et de montrer que leur réputation de bénignité n'est pas toujours justifiée.

(1) Emmet : *loc. cit.*, p. 697.

Quand la péritonite a une issue fatale, aussi bien que lorsqu'elle se termine par la guérison, sa durée est très variable. Les auteurs n'indiquent pas toujours combien de temps les malades ont survécu, et, à la lecture de leurs observations, il n'est pas facile de l'apprécier, parce que bien souvent il est impossible de déterminer exactement le moment de la rupture.

Sur 16 cas où la durée des accidents est plus ou moins nettement indiquée, nous voyons la mort survenir :

Au bout de 11 semaines,	Bird Herapath (obs. 74).
— 14 jours	Hardy (obs. 73.)
— 8 —	Bailly (obs. 6).
— 7 —	Thibaut (obs. 187).
— 5 —	Chroback (obs. 39), Crome (obs. 42).
— 4 —	Stadfelt (obs. 176).
— 3 —	Cavasse (obs. 36), Cleeman (obs. 41).
— 2 —	Guérard (obs. 72), Simpson (obs. 168).
— 29 heures	Tarnier (obs. 177).
— 1 jour	Dance (obs. 44).
— 20 heures	Pollard (obs. 148).
Le même jour	Caresme (obs. 33).
Au bout de 7 heures	Danville (obs. 45).

Peaslee (obs. 143) a vu cinq cas de ruptures de kystes multiloculaires. Dans quatre cas, la mort survint dans les cinq jours qui suivirent l'accident.

Guyet (obs. 132) nous rapporte un cas du service de Panas où la mort survint en une demi-heure. Bauhin (obs. 13), Bright (obs. 28), Scanzoni (obs. 161), Spencer

Wells (obs. 206 et 207), nous citent des observations de mort subite.

Nous trouvons dans Nepveu (1) la statistique suivante. Sur 22 cas où la durée des accidents est indiquée, la mort est survenue.

Au bout de 12 jours	1 cas
— 9 —	1 —
— 8 —	1 —
— 7 —	2 —
— 6 —	1 —
— 4 —	2 —
— 3 —	2 —
— 55 heures	1 —
— 24 —	3 —
— 17 —	1 —
— 12 —	1 —
Subitement	6 —

Il semble rationnel d'admettre que plus le liquide est irritant, plus l'inflammation péritonéale sera vive, et plus l'évolution de la péritonite sera rapide. Il y a pourtant des exceptions à cette règle. Follin et Duplay (2) prétendent que l'épanchement de liquide purulent dans l'abdomen permet quelquefois une survie assez longue. Les observations de Hardy (quatorze jours de survie), de Bird Herapath (onze semaines de survie) sont des cas de rupture de kystes dermoïdes. Nous avons déjà vu le cas

1) Nepveu : *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine*. — *Annales de gynécologie*, 1875, t. 4, p. 14.

(2) Follin et Duplay : *Traité élémentaire de pathologie externe*. Paris, 1888, t. 8, p. 694.

de Kœberlé (obs. 89) qui trouva dans le péritoine un liquide épais mêlé de cheveux ; la rupture s'était faite sans symptômes et n'avait pas altéré l'état général de la femme.

Mort subite. — Il nous faut revenir à ces cas de mort subite et en chercher les causes.

Jean Bauhin, (obs. 13) en 1578, « dans une autopsie médico-légale faite à Lyon, trouva la cause de la mort subite d'une femme dans la présence d'une grosse tumeur de l'ovaire droit qui renfermait des poils, de la graisse et du pus, laquelle s'étant ouverte dans le péritoine, avait déterminé une péritonite suraiguë. »

Quelque suraiguë que soit une péritonite, nous ne savons pas que cette maladie ait jamais pu causer la mort subite. L'explication de la mort dans ces cas-là doit être cherchée ailleurs. Nous avons vu que la rupture des kystes s'accompagne fréquemment de défaillances ou même de syncopes. Rien n'empêche d'admettre que cette syncope puisse être mortelle. Deux causes peuvent l'expliquer : le choc et l'hémorrhagie.

On sait que toute contusion un peu violente de l'abdomen a pour conséquence un syndrome particulier que l'on désigne sous le nom de *choc péritonéal*. Cet état se caractérise par de la stupeur, un état syncopal, de l'hypothermie, du ralentissement du pouls, etc. Or, quand une vaste poche kystique se rompt et déverse dans le péritoine une grande quantité de liquide, n'est-ce pas là pour les centres nerveux abdominaux une contusion, et ne pouvons-nous pas admettre dans ces cas la production de symptômes de choc pouvant aller jusqu'à la suppression complète des phénomènes vitaux ?

Barnes (1), après avoir dit que la rupture des kystes à contenu clair, aqueux, n'est pas dangereuse, ajoute : s'il y a du danger, c'est à cause du choc, car l'irruption d'une grande masse d'eau dans le péritoine trouble l'équilibre circulatoire.

D'après Martin (2), quand la tumeur rompue est grosse, il se produit du choc, et quelquefois la mort en est la conséquence.

Lorsque de gros kystes se rompent, dit Schröder (3), la pénétration rapide du liquide dans la cavité abdominale détermine des symptômes rares de choc et peut amener la mort brusquement.

Dans Hue (4), nous trouvons aussi cette opinion que la mort peut survenir avant la péritonite et qu'elle peut se produire par syncope mortelle.

Si telle est la cause de la mort subite, il est facile de comprendre qu'elle puisse se produire dans le cas de kyste paraovarique. Ici, en effet, ce n'est pas la qualité du liquide qui est à incriminer, mais sa quantité ; et c'est par son action toute mécanique qu'il détermine la mort. Bright (obs. 28), Kryzan (obs. 92), nous rapportent des cas de mort subite par rupture de kystes paraovariques.

L'hémorrhagie peut aussi être une cause de mort subite, lorsqu'elle est abondante. La paroi des kystes est sillonnée par des vaisseaux qui peuvent être intéressés par la déchirure. Mais cette complication est surtout à craindre dans

(1) Barnes : *loc. cit.*, p. 289.

(2) Martin : *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction Varnier et Weiss, Paris, 1889, p. 581.

(3) Schröder : *loc. cit.*, p. 409.

(4) Hue : *loc. cit.*

deux cas : dans les kystes ménorrhagiques, et, pour les kystes ordinaires, dans la torsion du pédicule.

Scanzoni (obs. 161) nous rapporte un exemple de mort subite à la suite de la rupture d'un kyste ménorrhagique. Spencer Wells (obs. 208) nous fournit un cas de mort subite après torsion du pédicule et rupture de la poche.

Ici la cause de la mort est facile à trouver : c'est l'anémie aiguë amenée par l'hémorrhagie. La mort subite peut se produire par le même mécanisme dans la torsion simple du pédicule ; mais elle est évidemment bien plus à craindre quand à cette torsion vient se joindre une rupture de la poche ; l'épanchement se fait alors dans une cavité pour ainsi dire illimitée, et l'hémorrhagie a moins de tendance à s'arrêter ; de plus à cette anémie qui est déjà une cause de syncope, vient s'ajouter une deuxième cause qui est l'action du sang sur la séreuse péritonéale.

2° *Pronostic éloigné.* — Nous avons vu jusqu'à présent les suites immédiates de la rupture ; mais il est encore des conséquences plus éloignées que nous devons étudier.

Adhérences. — Dans les cas heureux, cas où la péritonite guérit, il ne faut pas croire que la malade se retrouve dans les mêmes conditions qu'avant l'accident. L'état de la malade s'est le plus souvent modifié irrémédiablement. Des adhérences se sont formées entre la paroi du kyste et les organes voisins : paroi abdominale, épiploon, intestins, etc. Ces adhérences peuvent être pour la malade l'origine de malaises continuels ; elles peuvent empêcher le retrait du kyste à une rupture ultérieure (1) ; elles peuvent

(1) Boinet: *loc. cit.*, p. 498.

devenir la cause des accidents redoutables d'un étranglement interne. Enfin, comme l'a montré Braun (1), elles constituent pour une ovariectomie une complication assez grave. Elles peuvent nécessiter l'application de ligatures ; si elles sont peu importantes, si elles paraissent peu vasculaires et si on néglige de les lier, elles peuvent être après l'opération la source d'un suintement sanguin dangereux ; elles causent quelquefois pendant l'opération la déchirure des organes sur lesquelles elles se fixent ; elles peuvent obliger le chirurgien à faire une ovariectomie incomplète ; elles peuvent même rendre impossible l'ablation d'une partie quelconque de la tumeur. Enfin n'auraient-elles d'autre inconvénient que celui de prolonger l'opération, ces adhérences seraient très fâcheuses, car on sait que plus une opération est longue, plus il y a de danger d'infection par les divers contacts : air, instruments, mains de l'opérateur et de ses aides.

Après avoir dit que la péritonite produite par la rupture des kystes peut guérir, Emmet (2) ajoute : « Le pronostic cependant n'est pas aussi bon dans ces cas, car ces malades ne supportent pas la ponction ou l'enlèvement de la tumeur aussi bien que celles qui sont atteintes de tumeurs simples de l'ovaire. La dépression des forces vitales qui accompagne cet état est due au drainage continu qui prive le sang de ses éléments les plus importants. »

Schröder (3) dit que l'opération après rupture du

(1) Braun : *Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariectomie incomplète*. Thèse de Nancy, 1890.

(2) Emmet : *loc. cit.*

(3) Schröder : *Kurzer Bericht über 300 Ovariectomien*. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882, 17-24 avril, p. 235.

kyste ne présente pas de difficultés mais qu'elle est cependant plus dangereuse que l'ovariotomie ordinaire. Dans ce cas en effet, la guérison ne s'obtient que par une péritonite adhésive de bonne nature. Cette péritonite ne présente pas de dangers par elle-même, mais elle exige de la malade, pour être surmontée, une assez grande force de résistance, et l'on voit souvent des malades âgées et faibles mourir d'épuisement dans la deuxième ou la troisième semaine, après une évolution parfaitement aseptique.

La péritonite, après avoir été générale, peut se localiser en un point. Elle peut aussi être partielle d'emblée. Ce cas se présente quand des adhérences ont limité l'épanchement, adhérences qui peuvent s'être formées autour d'une perforation minime (Barnes), ou qui peuvent exister depuis un certain temps, produites par une péritonite antérieure. Dans ces cas les accidents sont moins effrayants, le pronostic est moins grave; il s'en faut cependant de beaucoup qu'il soit toujours bénin.

Mathews Duncan (obs. 54) nous rapporte l'observation d'une femme morte de septicémie, chez laquelle on trouva un kyste avec un orifice de la dimension d'une pièce de deux francs, en rapport avec un abcès intra-péritonéal limité par des adhérences solides.

Dans d'autres cas, l'abcès ainsi formé peut s'ouvrir soit à la paroi abdominale, soit dans un organe; il peut alors guérir, ou bien amener la mort de la malade par suppuration prolongée et par hécicité.

Nous pouvons rapprocher de ces derniers faits les cas dans lesquels il se forme une hématocele. C'est presque

exclusivement dans les kystes ménorrhagiques que cet accident survient, et Rollin (1) en cite plusieurs exemples. Péan (obs. 142) nous en fournit également un cas consécutif à une rupture par suite de torsion du pédicule.

Récidive. — Que devient le kyste abandonné à lui-même après sa rupture ? Nous avons vu que sa disparition pouvait être complète et définitive, et nous avons dit que cette guérison pouvait s'expliquer de deux façons, soit par persistance de l'orifice et par drainage continu du liquide sécrété, soit par rétraction de la tumeur et oblitération de sa cavité.

Le premier mode de guérison n'est pas rare. C'est sans doute par ce processus que l'on doit expliquer la guérison de la malade dont parle Simpson (obs. 169), qui éprouva une diaphorèse abondante pendant plusieurs mois après l'accident. Le même auteur connaît deux cas où la guérison définitive a été obtenue à la suite, non pas d'une rupture, mais d'une ponction, et il admet que dans les deux cas la perforation est restée ouverte.

S'il est certain qu'il y a là un moyen de guérison, il y a aussi des dangers. Des anses intestinales peuvent s'introduire dans cet orifice constamment ouvert, elles peuvent y être pincées et s'y étrangler. Danville (obs. 45) nous en fournit un exemple.

Quelque physiologique que soit la composition du liquide, quelque parfaite que soit son innocuité, cet écoulement continu peut finir par exercer une action fâcheuse sur le péritoine. La séreuse, sans cesse baignée par un

(1) Rollin : *loc. cit.*

liquide qui lui est étranger, s'irrite, s'enflamme chroniquement. C'est là une cause de malaises, de douleurs, de petites poussées fébriles, qui ne tardent pas à altérer l'état général de la malade. Le péritoine épaissi n'absorbe plus aussi bien le liquide qui finit par s'accumuler dans l'abdomen. La malade maigrit, s'affaiblit, tombe dans un état hectique qui aboutit rapidement à la mort.

Si, la malade étant dans cet état, on se décide à pratiquer l'ovariotomie, le succès de l'opération est gravement compromis, comme nous l'avons déjà vu.

La malade est d'ailleurs toujours exposée à la récurrence. Que cet orifice se ferme, le liquide, constamment sécrété par la surface interne du kyste restée intacte, remplit la poche, la distend, et la tumeur reparaît. La récurrence peut être rapide.

La récurrence ne serait pas à craindre pour les kystes extra-ovariens qui ne se reproduiraient pas après rupture. C'est du moins l'opinion de la plupart des auteurs. Tel n'est pas l'avis de Goodell qui croit au contraire que les kystes qui se rompent et se reforment sont extra-ovariens (1). Il cite l'observation d'une femme atteinte d'un kyste qui se rompit quatre fois. La malade fut opérée ultérieurement. Goodell suppose, sans cependant pouvoir l'affirmer, que le kyste était extra-ovarique (obs. 68). Kryzan (obs. 92) a vu un kyste parovarique se rompre deux fois. La deuxième rupture amena la mort. Lawson Tait (obs. 100) nous rapporte également un cas de kyste parovarique qui se rompit et récidiva cinq ans après. La malade fut opérée

(1) In Gallard : *loc. cit.*

et mourut. Olshausen (1) nous dit que, après la rupture ou la ponction, les kystes parovariques ne récidivent que lentement ; la guérison radicale est possible, mais rare.

Le deuxième mode de guérison est plus favorable. La tumeur s'est rétractée, la cavité s'est oblitérée. Disons d'abord que ce processus doit être assez rare, la présence des épithéliums s'opposant à l'adhérence des parois entre elles. Supposons cependant que l'épithélium ait disparu et que l'accrolement se soit fait. Nous n'avons plus à craindre ici l'action du liquide sur le péritoine.

Il semble même que la malade soit dans ce cas complètement à l'abri de toute récurrence. Il n'en est rien, et nous allons voir de quelle façon la tumeur peut se reproduire.

Quand la malade a été atteinte de péritonite, non seulement la tumeur peut se reproduire au bout d'un certain temps, mais elle peut même ne pas avoir complètement disparu. Dans ce cas la tumeur est fort probablement multiloculaire, car ce sont généralement les tumeurs de cette nature qui contiennent des liquides irritants. La rupture alors peut ne porter que sur une seule poche ; dans toutes ses autres parties, la tumeur est intacte, et, après la disparition des phénomènes péritonéaux, elle est encore très nettement perceptible, bien qu'un peu diminuée. Puis le volume ne tarde pas à augmenter et à redevenir ce qu'il était, soit que la poche rompue se referme et se remplisse de nouveau, soit que les autres poches continuent à se développer.

Barnes (2), étudiant le pronostic de la rupture, nous

1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 148.

2) Barnes : *loc. cit.*, p. 289.

dit que si le liquide est gélatineux, la péritonite est inévitable ; de plus, dans ce cas, le kyste est multiloculaire et ne cesse pas de s'accroître.

Après la rupture, dit Schröder (1), le contenu de la tumeur se répand dans le péritoine, et la tumeur s'affaisse. « De nouveaux kystes se forment à l'intérieur de la poche vidée ; ils écartent les parois lacérées de l'ancien kyste dont il ne reste plus finalement que les ligaments et les cordons cicatriciels tendus à la surface de la nouvelle tumeur. »

Ce processus de récurrence peut aussi s'appliquer aux kystes uniloculaires, tout extraordinaire que cela puisse paraître. Nous avons vu qu'il n'y a pas de kyste anatomiquement uniloculaire ; les tumeurs qui paraissent formées d'une seule poche contiennent dans leurs parois de petites cavités secondaires. Un kyste peut donc avoir guéri par oblitération complète de sa cavité sans que la malade soit à l'abri de la récurrence. Il reste, dans les parois affaissées et accolées, de petits kystes microscopiques qui peuvent progresser à leur tour et prendre un développement égal à celui de la tumeur primitive. Bien plus, rien n'empêche d'admettre qu'à un kyste uniloculaire puisse succéder un kyste multiloculaire ; et à cette modification dans la structure de la tumeur peut correspondre une modification dans la composition du liquide. C'est là un point dont nous allons montrer l'importance.

Le nouveau kyste, formé après rupture, peut se rompre à son tour. On trouve un assez grand nombre de cas de deux, trois ou quatre ruptures successives. Nous avons

1) Schröder : *loc. cit.*, p. 395.

cité dans le chapitre de l'étiologie des observations de quinze, trente-cinq et cinquante ruptures chez la même malade.

Nous avons vu que souvent la malade éprouve chaque fois les mêmes symptômes. Dans certains cas le pronostic semble s'améliorer. Bonfils (obs. 25), Camus (obs. 32), Péan (obs. 141), nous en citent des exemples. Les malades éprouvèrent plusieurs ruptures et les accidents furent de moins en moins graves.

Mais le plus souvent ces ruptures répétées ont le même inconvénient que l'ouverture permanente du kyste ; elles épuisent la malade par un drainage continu ; de plus, si le liquide est irritant, la malade, obligée de traverser une série de péritonites, voit son état général s'aggraver après chaque poussée inflammatoire et sa résistance aux atteintes ultérieures diminuer. Comme le fait remarquer M^{me} Waite (1), chaque rupture a aussi pour résultat de rendre plus nombreuses et plus fortes les adhérences qui unissent le kyste aux organes abdominaux. Ces adhérences peuvent agir favorablement en limitant les épanchements ultérieurs, mais elles rendent aussi l'ovariotomie de plus en plus difficile.

Le cas de Péan, que nous avons cité plus haut, qui semblait nous prouver l'innocuité des ruptures successives, va au contraire nous en montrer les dangers. La malade fut opérée ; les adhérences étaient tellement fortes, qu'on dut se contenter d'une opération incomplète ; la tumeur

(1) M^{me} Waite : *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

fut suturée à la paroi abdominale ; la fistule persista longtemps.

Non seulement le pronostic de la rupture peut s'aggraver peu à peu, mais il peut encore changer du tout au tout d'une rupture à l'autre. Bluff (obs. 19), Disse (obs. 49), Kryzan (obs. 92), ont vu des cas où une première rupture n'ayant pas déterminé d'accident, une seconde rupture causa la mort. Meissner (obs. 118), nous rapporte un cas analogue observé par Mighels.

Quelles peuvent être les causes de ce changement dans le pronostic ? On peut en invoquer plusieurs.

1° La cause de la rupture peut être différente. La première rupture peut être occasionnée par un traumatisme et la seconde par une torsion du pédicule, et nous savons que dans ce dernier cas le pronostic est très grave.

2° Si le kyste est multiloculaire, les deux ruptures peuvent intéresser deux poches distinctes contenant des liquides de composition différente. C'est de cette façon que Hüss explique le cas de Bluff.

3° Entre les deux ruptures successives, la tumeur peut changer de constitution, la composition du liquide peut également se modifier. De là une différence dans les suites de l'accident.

Généralisation. — Nous pouvons à peu près résumer tout ce qui précède en disant que la rupture des kystes dans le péritoine présente deux grands dangers : immédiatement après l'accident, la mort subite par choc ou par hémorrhagie interne ; quelque temps après, la péritonite. On pourrait en dire autant de tous les traumatismes de l'abdomen et de la rupture des réservoirs normaux : intestin, vessie, vésicule biliaire. Mais on se tromperait

étrangement en assimilant le contenu kystique aux matières intestinales, à l'urine ou à la bile, et en admettant que ce liquide pathologique ne présente pas d'autres dangers que les liquides physiologiques.

Après la guérison de la péritonite, la malade n'a pas seulement à craindre la formation d'adhérences ou la reproduction de la tumeur ; il est un autre danger qui la menace, danger qui est beaucoup plus grand, qui peut amener la mort à bref délai, et contre lequel toute opération est le plus souvent inutile ou même impossible. Ce danger est la généralisation de la tumeur au péritoine.

Certes, la rupture n'est pas nécessaire. Colrat (1) nous rapporte une observation de kyste ovarique avec généralisation à l'épiploon et à la rate, sans rupture. Il est vrai que dans ce cas on peut admettre qu'il s'est fait une rupture qui a passé inaperçue et qui s'est cicatrisée ; nous avons vu que le fait est possible même avec des liquides malins. Mais on peut observer des récives après ablation de la tumeur, alors qu'à l'ovariotomie on ne constatait ni généralisation, ni traces de rupture récente ou ancienne.

Quoi qu'il en soit, si la généralisation peut se faire spontanément, il est hors de doute qu'elle est favorisée par la rupture. Nous avons vu que dans certains cas, par l'orifice de rupture, viennent faire hernie des bourgeons néoplasiques qui se mettent en contact avec le péritoine pariétal ou viscéral et y déterminent la formation de greffes. Le plus souvent c'est l'épanchement de liquide

(1) Colrat : *Lyon médical*, 1879, 28 décembre, p. 587.

qu'il faut incriminer. Quelle que soit l'importance des éléments épithéliaux contenus dans le liquide ovarien, tous les auteurs s'accordent à signaler les dangers que présente leur dissémination dans la cavité péritonéale.

Foulis considère cette cellule « comme une semence jetée à pleine main, à la suite de la rupture d'un kyste malin, sur le péritoine, » et il ajoute qu'elle trouve « dans toutes les parties de cette large surface, un terrain favorable à son développement ultérieur en nodules cancéreux semblables à ceux qu'on voit ordinairement dans ce qu'on appelle quelquefois la péritonite maligne (1). »

D'après Thornton, ces groupes cellulaires ne présentent pas grand danger tant qu'ils sont contenus dans le kyste; mais si, par suite d'une rupture, ils viennent à se répandre dans le péritoine, ils s'y développent rapidement. Ces masses « prennent un aspect cliniquement malin, en partie en raison de la facilité avec laquelle elles contractent des adhérences qui rendent l'enlèvement de la tumeur difficile ou impossible, mais surtout parce que ces productions se répandent rapidement sur le péritoine, les cellules proliférantes étant entraînées dans les mouvements de la malade, ou bien prenant de nouvelles racines, ou encore, ainsi que l'observation me conduit à le penser, déterminant la production de nouvelles excroissances dans les points où elles se fixent par un processus d'auto-inoculation (2). »

(1) Mathews Duncan : Discours d'ouverture de la section d'obstétrique du British medical Association en 1875; *Med. Times and Gaz.*, 1875, 14 août; in M^{me} Waite : *loc. cit.*, p. 43.

(2) In Emmet : *loc. cit.*, p. 681.

Lawson Tait, après avoir décrit ces cellules, ajoute : « Ceci explique en même temps le fait clinique que connaissent bien tous les ovariologistes, et sur lequel le Dr Keith a tout particulièrement attiré l'attention, à savoir que la rupture de certains kystes par suite de l'écoulement de leur liquide dans la cavité péritonéale est suivie ou du moins accompagnée de l'infection de toute la surface du péritoine par le cancer papillaire, qui se termine uniformément par la mort (1). »

« Que l'un des kystes des tumeurs ovariennes se rompe, et la minceur de paroi d'un grand nombre d'entre eux rend cette hypothèse fort plausible, le liquide contenu et les éléments cellulaires qu'il renferme en suspension, sont répandus dans la cavité péritonéale. Ces cellules sont vivantes ; les phénomènes de multiplication du noyau et de segmentation qu'elles nous ont présentés le prouvent bien ; elles vont alors se greffer sur la paroi et forment ces plaques néoplasiques, qui, fournissant elles-mêmes de nouveaux éléments infectants, arriveront à recouvrir toute la surface du péritoine. D'autre part, une fois implantées en un point, elles pénètrent peu à peu dans la profondeur ; sur l'estomac elles envahissent de proche en proche toutes les tuniques jusqu'à la muqueuse ; au niveau du diaphragme elles suivent les interstices conjonctifs et probablement les espaces lymphatiques pour atteindre la plèvre, puis végètent dans sa cavité, s'y sèment de nouveau et vont s'implanter en divers points de sa paroi. On conçoit ainsi comment une lésion primitivement locale

(1) Lawson Tait : *loc. cit.*, p. 192.

a pu se propager par greffes successives, et envahir enfin des organes aussi éloignés de son point de départ, se conduisant à la manière de parasites végétaux ; mais ici, le parasite est un élément constituant de l'organisme, une cellule épithéliale, douée, on ne sait pourquoi, de véritables propriétés infectantes (1). »

La rupture des kystes papillaires a souvent pour conséquence la formation de tumeurs métastatiques du péritoine. Les éléments sortis du kyste se répandent dans toute la cavité abdominale sous l'influence des mouvements péristaltiques des intestins et trouvent dans le péritoine un terrain favorable à leur multiplication (2).

La rupture d'un kyste à contenu colloïde détermine la formation dans le péritoine de masses de même nature, formation qui a été désignée sous le nom de *myxome du péritoine*. Werth (3) et Olshausen (4) font remarquer que ces masses n'ont du tissu myxomateux que l'aspect macroscopique et proposent le nom de *pseudo-myxome du péritoine*.

Nous trouvons dans les auteurs de nombreux exemples de généralisation des kystes de l'ovaire après rupture, en particulier dans Poupinel (5). Nous en avons déjà cité dans le chapitre de l'anatomie pathologique. En voici quelques autres. Lœhlein (obs. 104), a vu un kyste perforé par

(1) Ménétrier : *France médicale*, 1886, 14 janvier ; in Poupinel : *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886, p. 92.

(2) Olshausen, *loc. cit.*, p. 118.

(3) Werth : *Archiv für gynækologie*. Bd 24, Ht 1, p. 100.

(4) Olshausen : *loc. cit.*, p. 125.

(5) Poupinel : *loc. cit.*

des végétations papillaires qui avaient déterminé la formation de nodules analogues sur l'épiploon. Terrillon (obs. 186), après avoir enlevé un kyste gélatineux de l'ovaire droit rompu, dût, environ un an après, enlever un kyste analogue de l'ovaire gauche et des tumeurs également de même nature de l'épiploon et de la face antérieure du gros intestin. Mayer (obs. 112) cite un cas de rupture d'un kyste myxomateux, avec infection myxomateuse du péritoine et surtout de l'épiploon. Nous avons vu l'observation de Ménétrier (obs. 106), où l'on trouva des plaques néoplasiques et des kystes sur la plèvre diaphragmatique.

On peut même observer des généralisations à des organes plus éloignés. M^{me} Waite nous rapporte le cas suivant de Reclus (obs. 155). Une femme atteinte de kyste présenta à plusieurs reprises des phénomènes de péritonite avec douleur généralement localisée et durant une huitaine de jours; en même temps l'abdomen devenait moins volumineux. Quelques années plus tard, la malade fut opérée par Reclus d'un cancer du sein. La tumeur récidiva et la malade mourut. L'autopsie ne fut pas faite.

Les poussées de péritonite correspondaient probablement à des ruptures du kyste. Sans doute on pourrait dire que kyste ovarique et cancer du sein furent deux manifestations d'une même diathèse. Mais n'est-il pas permis d'établir une relation, un rapport de cause à effet entre ces ruptures et le développement du cancer ?

Dans l'observation II de M. le professeur Gross, nous voyons une malade, opérée à la suite de la rupture d'un kyste de l'ovaire, mourir deux ans après d'une généralisation dans les vertèbres.

Ces deux faits ne sont pas les seuls qu'on ait observés. Thornton, sur 400 ovariectomies, a trouvé 40 fois du liquide kystique dans la cavité abdominale. De ces 40 malades, 3 succombèrent à la suite de l'opération. Des 37 autres, quelques années après, 3 étaient mortes de carcinome, une de sarcome généralisé, une probablement de tumeur cérébrale ; 3 autres étaient atteintes de carcinome, mais n'y avaient pas encore succombé (1).

Si l'opinion générale des auteurs et de trop nombreuses observations nous prouvent la possibilité de la généralisation pour les kystes ovariens, il semble que du moins les kystes paraovariens devraient être à l'abri de cet accident, puisque le plus souvent leur contenu ne renferme pas d'éléments cellulaires. Tel n'est pas néanmoins l'avis de Lawson Tait : « Quelquefois, dit-il, ils (les kystes paraovariens) se rompent et semblent disparaître spontanément ; et cela a encore donné naissance à cette prétention qu'on obtient quelquefois ce résultat pour les tumeurs de l'ovaire. Lorsque cet accident heureux se produit à une période jeune de leur développement, il y a des chances pour qu'il ne se produise aucun mal ; mais s'il survient dans les périodes avancées, il est fort probable qu'il se produira un cancer du péritoine, comme si le kyste avait été ovarien. Il y a quelques mois, j'enlevai un volumineux kyste parovarien qui avait été ponctionné plusieurs fois et qui s'était rompu dans la cavité abdominale. En l'enlevant, je trouvai la surface péritonéale parsemée de papillomes dont la malade est morte depuis (2). »

(1) In Olshausen : *loc. cit.*, p. 117.

(2) Lawson Tait : *loc. cit.*, p. 220.

Les tumeurs dermoïdes elles-mêmes peuvent donner naissance à des généralisations. Olshausen (1) nous en cite plusieurs cas. Nous avons vu plus haut l'opinion de Frænkel qui les explique par des ruptures du kyste ovarique, opinion qui trouve une base assez sérieuse dans les expériences du Dr Masse de Bordeaux.

Il faut cependant se garder de croire que la généralisation a toujours un pronostic fatal. Thornton (obs. 189 et 190), nous cite deux cas où à l'opération il trouva un kyste rompu et une généralisation au péritoine qui était couvert de petits papillomes. Les malades furent revues en bonne santé trois ans et demi et quatre ans après l'opération.

Influence de la puerpéralité. — Il nous reste à voir quelle est l'influence de la puerpéralité sur le pronostic de la rupture. Voici ce que nous dit Remy (2) :

D'une façon générale, pendant la puerpéralité, 49 femmes eurent 52 ruptures : 23 guérisons, 24 morts, 2 sorts inconnus.

Pendant la grossesse, 19 femmes — 21 ruptures : 10 guérisons, 8 morts, 1 sort inconnu.

Pendant le travail, 15 femmes — 16 ruptures : 7 guérisons, 8 morts.

Pendant les suites de couches, 12 femmes, — 12 ruptures : 4 guérisons, 7 morts, 1 sort inconnu.

(1) Olshausen : *loc. cit.*, p. 402.

(2) Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrégation, 1886.

A une époque indéterminée de la puerpéralité : 3 femmes, — 3 ruptures : 2 guérisons, 1 mort.

8 femmes enceintes moururent, dont une subitement. Quand la rupture a eu lieu pendant le travail, la mort n'est jamais survenue immédiatement, mais quelquefois peu de temps après : une demi-heure, trente-six heures, deux jours après l'accident.

En résumé, d'après Remy, la rupture serait grave pendant la grossesse, plus grave pendant le travail, plus grave encore pendant les suites de couches. Il observe cependant la guérison dans la moitié des cas environ, 23 sur 50 (en ne tenant pas compte des deux cas à sort inconnu.) Les résultats auxquels nous arrivons sont moins favorables.

Pendant la puerpéralité, 31 ruptures : 7 guérisons, 24 morts.

Pendant la grossesse, 9 ruptures : 3 guérisons, 6 morts.

Pendant l'accouchement, 14 ruptures : 3 guérisons, 11 morts.

Pendant les suites de couches, 8 ruptures : 1 guérison, 7 morts.

D'une façon générale, nous avons donc pendant la puerpéralité 7 guérisons seulement sur 31 ruptures, soit 23 0/0. Mais nous sommes d'accord avec Remy pour dire que la rupture est plus grave pendant le travail que pendant la grossesse, et plus grave encore pendant les suites de couches.

D'après Remy, sur les 10 femmes enceintes qui survécurent, 2 avortèrent, 4 allèrent à terme ; pour les autres il n'y a pas d'indication. Nous ne pouvons donner de sta-

tistique, n'ayant pas assez de cas de rupture chez des femmes enceintes. Dans les trois cas de guérison que nous citons plus haut, deux fois la femme alla à terme (Carson, Hirsch, obs. 75; Tufnell, obs. 198); une fois le sort de l'enfant est inconnu (Clay, obs. 40).

Dans un cas que nous n'avons pas cité plus haut, parce que la rupture fut suivie d'une opération qui modifia probablement le pronostic, l'ovariotomie fut pratiquée une quinzaine de jours après la rupture; la grossesse qui datait d'environ quatre mois ne s'était pas interrompue et elle continua son cours jusqu'au terme normal.

Il faut ajouter que bien souvent la rupture de la tumeur rend possible un accouchement qui ne l'était pas auparavant, le kyste présentant un prolongement intrapelvien qui empêchait la tête du fœtus de descendre dans l'excavation. Le kyste rompu, le liquide s'écoule dans le péritoine, le diverticulum se vide, l'excavation pelvienne reprend ses dimensions normales et la descente de la tête s'effectue. C'est ce qu'on remarque dans les observations de Fischel (obs. 58) et de Stadfelt (obs. 176).

Nepveu (1), faisant la statistique générale des cas qu'il a réunis, trouve une mortalité d'environ 50 % : 63 morts sur 127 cas.

Aronson (2) arrive aux résultats suivants : mort 41,13 %, guérison 37,66 %, améliorations 21,21 %.

Tilt (3), sur 34 cas de rupture, trouve 10 cas de mort (soit 29 %), 20 cas de guérison complète (59 %), 4 améliorations (12 %).

(1) Nepveu : *loc. cit.*

(2) Aronson : *Dissert. de Zurich*, 1883, in Remy : *loc. cit.*

(3) Tilt : *On a new plan of treating ovarian dropsy*; — *Lancet*, 1848, II, p. 146.

D'après Gaillard Thomas (1), Tilt a réuni 70 cas de rupture sur lesquels il y eut 30 guérisons, 19 améliorations, 21 décès, soit une mortalité de 30 %.

D'après Courty (2), Puech a recueilli 33 cas qui, ajoutés à la statistique de Chéreau, ont porté le nombre total à 103, sur lesquels on compte 48 guérisons, 22 améliorations, 33 morts, soit une mortalité de 32 %.

Nous n'avons bien entendu fait entrer dans notre statistique que les cas où l'accident a été abandonné à lui-même, et où le pronostic n'a pas été modifié par une opération. De plus, nous avons supprimé la catégorie des *améliorations*, le terme nous paraissant trop vague, et nous n'avons admis que deux divisions : guérison, mort, laissant de côté tous les cas où la terminaison de l'accident est incertaine. Par *guérison*, nous entendons, non pas la guérison du kyste, mais la guérison des accidents consécutifs à la rupture, car la guérison du kyste est toujours incertaine, la récurrence pouvant se faire plusieurs années après la rupture. Enfin, dans les cas où il s'est fait plusieurs ruptures successives, nous ne faisons entrer en ligne de compte que la dernière.

Dans ces conditions, sur 143 ruptures, nous avons trouvé 65 guérisons, soit 45 % et 78 morts, soit 55 %.

Nous avons vu que pendant la puerpéralité, la statistique faite dans les mêmes conditions nous donne une mortalité de 77 %.

(1) Gaillard Thomas : *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction Lataud. Paris, 1879.

(2) Courty : *loc. cit.*

CHAPITRE VI

Traitement

Dans tous les cas de rupture de kyste de l'ovaire dans le péritoine, le traitement doit être l'ovariotomie immédiate. En faisant l'ablation de la tumeur et du liquide épanché dans la cavité abdominale, on soustraira le péritoine à l'influence d'une cause d'irritation et d'infection ; on préviendra ainsi le développement d'une péritonite ; peut-être même préviendra-t-on le développement d'une généralisation péritonéale. De plus, un kyste de l'ovaire étant pour la malade qui en est atteinte une cause permanente de dangers, n'est-il pas sage de l'en délivrer avant que des adhérences consécutives à la rupture aient pu se former ?

Il est facile de comprendre qu'on n'est pas arrivé immédiatement à poser une règle aussi formelle. D'autres modes de traitement ont été proposés et employés. Ils n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique ; nous allons cependant en dire quelques mots. Cette étude rapide, en nous montrant l'insuffisance des traitements palliatifs, aura l'avantage de nous prouver que l'ovariotomie est non seulement le meilleur, mais même le seul traitement à employer.

L'expectation a été longtemps le seul traitement des

kystes rompus dans le péritoine. On se bornait : 1° à coucher la malade, à la maintenir immobile pour éviter la diffusion du liquide, et pour limiter autant que possible la péritonite (Herpin) (1) ; 2° si une péritonite se déclarait, à traiter cette complication par les moyens ordinaires : collodion, glace, opium, etc ; 3° s'il ne se produisait que de l'ascite, à favoriser la résorption du liquide par les diurétiques et les purgatifs (Gauthier) (2). Tel est encore l'avis de Gallez en 1873, de Després en 1876 (3).

Ponction. — Ce mode de traitement pouvait évidemment permettre à la malade de guérir, témoin le cas que nous rapporte Bacher (obs. 5) ; mais il était facile de se rendre compte que dans bien des circonstances il était insuffisant. Connaissant l'action funeste du liquide kystique sur la séreuse péritonéale, des chirurgiens proposèrent de l'extraire par une ponction. « Boinet et Steinthal la pratiquèrent les premiers, en 1856 et 1859, avec un plein succès » (Hue) (4). Blundell, Good Rigby, Crampton, Bright conseillent la ponction immédiate après la rupture (Laroyenne et Soller) (5). Boinet et Ferrand la recommandent également, quand la rupture donne lieu à des accidents ; dans le cas contraire ils recommandent

(1) Herpin : *Union médicale*, 1856, p. 542 ; in Gallez : *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1873, p. 690.

(2) Gauthier : *Union médicale*, 1856, p. 556 ; in Gallez : *loc. cit.*, p. 690.

(3) Després : *Société de chirurgie*, séance du 29 mars 1876. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876, p. 281.

(4) Hue : *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883.

(5) Laroyenne et Soller : *Lyon médical*, 1882, t. 39, p. 635.

de s'abstenir de toute opération (1). C'est aussi l'avis de Treille (2).

La ponction après la rupture des kystes nous paraît être une opération peu utile, peut-être même nuisible. En effet, si le liquide est inoffensif, on peut l'abandonner dans le péritoine ; le seul inconvénient qui en résultera sera une polyurie de quelques jours qui pourra fatiguer la malade. Si au contraire il est irritant, comme on ne pourra jamais l'extraire entièrement par une ponction, comme il en restera toujours une certaine quantité sur le péritoine pariétal et viscéral et en particulier entre les anses intestinales, la malade n'en sera pas moins exposée à la péritonite et à la généralisation de la tumeur. Après la ponction, la malade sera tenue de garder une immobilité presque aussi rigoureuse que si on avait abandonné l'accident à lui-même.

Non-seulement la ponction est inutile, mais elle peut encore être nuisible. Les parois du kyste comprimées par l'épanchement peuvent s'accoler et finir par adhérer les unes aux autres, et nous avons vu que c'est là un mode de guérison. L'épanchement évacué, la compression disparaît, les parois peuvent se laisser écarter par un liquide de nouvelle formation, et la guérison par ce processus devient impossible. De plus, après cette décompression brusque, il se produira dans l'abdomen et dans les parois du kyste en particulier un afflux sanguin considérable

1) Boinet et Ferrand : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre), t. 19, 2^e série, 1884, p. 259.

(2) Treille : *Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique*. Thèse de Paris, 1873.

qui déterminera une sécrétion abondante et l'ascite se reproduira. Elle sera, il est vrai, moins abondante qu'après la rupture, mais on l'aurait peut-être évitée complètement en laissant le liquide disparaître lentement et la tension sanguine dans les vaisseaux de l'abdomen se modifier peu à peu.

Nous ne ferons que signaler l'infection possible de la cavité péritonéale par la ponction.

Une modification importante de ce mode de traitement a consisté à faire suivre la ponction évacuatrice d'une injection d'un liquide destiné à nettoyer complètement la cavité abdominale. Netter en 1875, Mosiman en 1881, conseillent de faire la ponction avec un gros trocart et d'injecter une certaine quantité d'eau tiède qu'on laisse écouler au bout d'un certain temps (1). C'est là évidemment un progrès ; mais sera-t-on sûr de pouvoir laver la cavité péritonéale dans tous ses points, à l'aide d'une injection par un orifice de ponction ? Et dans le cas de rupture d'un kyste colloïde, alors que, l'abdomen ouvert, on arrive à peine à détacher à l'aide des doigts ces masses épaisses, adhérentes à la séreuse, de quelle utilité sera ce lavage, et pourra-t-on avoir l'espoir de diluer et d'extraire ainsi cette matière gélatineuse ? Et cependant, n'est-ce pas dans ce cas que la malade court les plus grands dangers et que l'intervention s'impose le plus rigoureusement ?

Ovariectomie. — Le peu de succès de ces traitements palliatifs, la facilité et l'innocuité habituelles de l'ova-

(1) In Hue : *loc.*, *cit.*

riotomie — qui allaient en augmentant avec l'expérience des opérateurs, la perfection des modes opératoires et de l'instrumentation, les progrès de l'antisepsie — engagèrent les chirurgiens à tenter une opération plus radicale et les déterminèrent à extraire la tumeur quand elle se serait rompue dans le péritoine.

« La péritonite ou le commencement de septicémie, nous dit Laskowski en 1867, nous paraît contre-indiquer l'ovariotomie; cependant M. Péan a eu le bonheur de réussir dans un cas désespéré de la rupture d'un kyste suppuré (1). »

Depuis cette époque, de nombreuses ovariotomies ont été tentées dans ces conditions et ont été suivies d'un plein succès; et bientôt les auteurs, après avoir proposé l'opération comme une tentative désespérée et une dernière chance de salut, firent de la rupture une indication formelle à l'opération.

« Pendant longtemps, dit Gros-Fillay, la péritonite provoquée par l'injection iodée, par la chute du liquide dans le ventre ou par l'inflammation soit spontanée, soit traumatique du kyste, avait été regardée comme une contre-indication absolue à l'opération. Depuis quelques années, les chirurgiens ont pris le parti d'opérer non seulement pendant, mais à cause même de cette complication (2). »

(1) Laskowshi : *Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1867, p. 73.

(2) Gros-Fillay : *Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1874, p. 76.

Keith (1), Duplay (2), Kœberlé (3), Spencer Wells (4), Poulet et Bousquet (5), Lawson Tait (6), Osterloh (7), Hue (8), Sébilleau (9), etc., nous disent, soit que la rupture ne contre-indique pas l'ovariotomie, soit même qu'elle est une raison d'opérer hâtivement. Il est inutile de rapporter en détail les opinions de tous ces auteurs. Nous ne citerons que Barnes et Emmet.

« Si le kyste s'est rompu, dit Barnes, ou s'il a donné lieu à une hémorrhagie, ou à la péritonite, il ne devrait pas y avoir d'hésitation à tenter l'enlèvement de la tumeur qui constitue la source du danger immédiat (10). »

« Après la rupture d'un kyste d'une tumeur multiloculaire, dit Emmet, il ne faut pas retarder l'opération plus de temps qu'il est nécessaire pour permettre à la malade de se remettre du choc. Il est d'une bonne pratique dans ces cas d'ouvrir l'abdomen avant que l'inflammation se produise, et d'enlever la tumeur ainsi que le contenu du

(1) Keith : *The history of a case of burst ovarian cyst.* — *Lancet*, 1877, I, 10 mars.

(2) Duplay : *Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire.* — *Archives générales de médecine*, 1879, I, p. 20.

(3) Kœberlé : *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud), tome XXV, 1879.

(4) Spencer Wells : *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.* Traduction Rodet. Paris, 1883, p. 73.

(5) Poulet et Bousquet : *Traité de pathologie externe.* Paris, 1885, tome III.

(6) Lawson Tait : *Traité des maladies des ovaires.* Traduction Olivier. Paris, 1886.

(7) Osterloh : *Société gynécologique de Dresde*, séance du 12 avril 1883. — *Archives de torologie*, 1883, p. 455.

(8) Hue : *loc. cit.*

(9) Sébilleau : *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* Thèse de Paris, 1889, p. 83.

(10) Barnes : *Traité des maladies des femmes.* Traduction Cordes. Paris, 1876.

kyste qui s'est rompu et qui s'est écoulé dans la cavité abdominale. C'est là un accident qui se termine presque toujours par la mort par péritonite, si on laisse le contenu du kyste dans la cavité abdominale. Ce contenu est essentiellement un corps étranger qui ne peut être résorbé, et comme tel détermine de la péritonite et de l'ascite (1). »

Tel est aussi l'avis de Peaslee (2), qui nous dit que l'on ne doit jamais ponctionner un kyste de l'ovaire multiloculaire sans être prêt à faire l'ovariotomie dans les vingt-quatre heures suivantes, et de Zweifel (3), d'après l'opinion duquel il faut, lorsqu'on ponctionne un kyste, être prêt à faire immédiatement une opération plus complète.

Ce n'est là d'ailleurs qu'un cas particulier de la règle générale aujourd'hui admise que la laparotomie est le traitement de la péritonite, surtout quand elle reconnaît pour cause une plaie d'un organe abdominal.

Les statistiques nous montrent que l'opération après rupture ne présente pas beaucoup plus de dangers que l'ovariotomie dans les conditions normales. Spencer Wells nous dit que sur 500 ovariotomies, il a eu 12 cas de rupture avant l'opération et 1 mort seulement (4). Mundé, sur 35 cas d'ovariotomies faites pendant une péritonite ou pendant la suppuration du kyste, compte 33 guérisons (5). Duplay rapporte que sur 39 cas d'ovariotomies faites dans des circonstances fâcheuses, « le péritoine étant enflammé

(1) Emmet : *La pratique des maladies des femmes*. Traduction Olivier. Paris, 1887, p. 697.

(2) Peaslee : in Hue : *loc. cit.*, p. 17.

(3) Zweifel : *Centralbl. für Gynæk.*, n° 7 ; in Hue : *loc. cit.*, p. 48.

(4) Spencer Wells : *loc. cit.*, p. 73.

(5) Mundé : *Amer. Journ. of med Sciences*, 1878 ; in Hue, *loc. cit.*, p. 41.

à un degré variable et renfermant même une partie plus ou moins considérable du contenu de la tumeur, on compte environ 34 succès et 5 morts (1). » Knowsley Thornton, sur 400 cas d'ovariotomie, eut 40 cas où le kyste était rompu et 3 morts (2).

Dans le nombre des observations que nous avons recueillies, l'opération fut pratiquée 70 fois. Sur ces 70 cas, nous comptons 55 guérisons, soit 79 0/0, et 15 morts, soit 21 0/0. La plupart des cas de mort s'expliquent par l'affaiblissement considérable de la malade avant l'opération ou par une généralisation de la tumeur au péritoine. Cependant plusieurs observations, celle de Schwartz (obs. 165) en particulier, nous prouvent que l'ovariotomie peut être suivie de succès dans les cas les plus désespérés. Les opérations de Thornton (obs. 189 et 190) ont également amené la guérison des malades bien que le péritoine présentât des végétations papillomateuses.

L'opération peut même être pratiquée sans inconvénient pendant la grossesse. Dans le cas de Bateman, Spencer Wells pratiqua l'ovariotomie après rupture chez une femme enceinte de quatre mois. La malade guérit et la grossesse suivit son cours (obs. 11). Boinet d'ailleurs, qui nous conseille l'expectation ou nous permet tout au plus la ponction dans les cas habituels, nous recommande la laparotomie dans le cas où la malade serait enceinte. « Si la grossesse arrive à son terme, dit-il, et si la malade éprouve des phénomènes analogues à ceux de l'accouche-

(1) Duplay : *loc. cit.*

(2) Knowsley Thornton : *Congrès de Copenhague, 1884*; — *Archives de tocologie*, 1884, p. 888

ment, il faut promptement recourir à l'opération césarienne, autrement le kyste, en se rompant, amènerait presque certainement la mort de la malade et celle de l'enfant. On connaît plusieurs faits de gastrotomie suivie de succès dans ces circonstances. Si on est appelé après la rupture du kyste, soit pendant la grossesse, soit sous l'influence du travail, il faut encore pratiquer la gastrotomie le plus tôt possible, et avant l'épuisement de la femme et l'inflammation des viscères abdominaux (1). » Sans doute, Boinet ne se place pas au même point de vue que nous, et s'il fait la laparotomie, c'est dans l'intention d'ouvrir l'utérus et d'extraire l'enfant dont l'expulsion par les voies naturelles est compromise par la rupture ; mais nous supposons qu'il profiterait de l'opération pour pratiquer l'ablation du kyste rompu et de son contenu épanché dans le péritoine et pour assurer ainsi le salut de la mère, en même temps que celui de l'enfant. Hegar et Kaltenbach nous disent également que même pendant la grossesse, la torsion du pédicule et la rupture de la tumeur sont des indications à une opération immédiate (2). Enfin pour Eustache (3) et pour Remy (4), en cas de rupture d'un kyste pendant la puerpéralité, l'ovariotomie est le seul traitement à employer.

Considérant la diversité d'action des différents liquides, certains chirurgiens ont eu l'idée de réserver

(1) Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*, Paris, 1877, p. 433.

(2) Hegar et Kaltenbach : *Die operative gynækologie*. Erlangen, 1874, p. 154.

(3) Eustache : *L'ovariotomie, en 1880* ; — *Archives de tocologie*, 1881, p. 1.

(4) Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrégation, 1886.

l'ovariotomie aux cas où le contenu du kyste est dangereux et de s'en tenir à l'expectation quand il leur paraît inoffensif. Voici quelle est alors leur conduite : un kyste étant rompu, ils pratiquent une ponction : le liquide est-il irritant, ils font l'ovariotomie ; est-il inoffensif, ils abandonnent l'accident à lui-même (Soller) (1).

Cette ponction exploratrice nous paraît inutile, et nous allons exposer rapidement les raisons sur lesquelles se base notre opinion. Si le chirurgien est appelé un certain temps après l'accident, l'état général de la malade suffira bien à lui indiquer si le liquide est dangereux ou non. S'il est appelé immédiatement, il fera une ponction. Si le liquide est colloïde, purulent, de mauvaise nature, l'indication sera formelle, il opérera. Si le liquide au contraire est séreux, s'abstiendra-t-il ? N'avons-nous pas vu que les liquides séreux eux-mêmes peuvent causer une péritonite ; que même sans péritonite, la rupture peut avoir pour conséquence la formation d'adhérences ; qu'une première rupture est une cause prédisposante à une série d'autres accidents du même genre qui peuvent devenir plus dangereux pour la vie de la malade et qui pour le moins augmentent l'étendue des adhérences et rendent l'ovariotomie de plus en plus difficile ? Et les liquides séreux ne contiennent-ils pas d'éléments cellulaires susceptibles de se greffer sur le péritoine ?

Toutes ces considérations nous font dire que l'ovariotomie est indiquée dans tous les cas de rupture et que la ponction exploratrice préalable est une opération inutile.

(1) Soller : *Lyon médical*, avril 1882, p. 635.

C'est aussi l'avis de Lair qui nous donne le conseil suivant : « Si un kyste de l'ovaire s'est rompu dans le péritoine, que cet accident soit suivi ou non de phénomènes réactionnels, opérez sans tarder et ne faites pas de ponction préalable (1). »

L'opération présente dans ces conditions quelques particularités à signaler. Il faut éviter de faire écouler du liquide kystique dans le péritoine. On épargnera donc à la malade tout mouvement, toute pression, toute palpation inutiles ; l'abdomen ouvert, on fermera, s'il est possible, l'orifice kystique à l'aide d'une pince ; on ponctionnera la tumeur pour en réduire le volume et en faciliter l'extraction. Mais dans le cas où l'orifice, soit par suite de sa situation, soit par suite de la tension ou de la friabilité de la paroi, ne pourrait être fermé et où l'on ne pourrait faire la ponction qu'au risque d'exprimer le contenu du kyste dans l'abdomen, on n'hésitera pas à agrandir l'incision abdominale pour extraire la tumeur sans en réduire le volume, surtout si le liquide est épais, gélatineux. C'est ainsi que dans le cas qui fait le sujet de l'observation V, M. le professeur Gross, ne pouvant aspirer le liquide à cause de sa grande consistance, ne pouvant fermer l'orifice à cause de la friabilité de ses bords, fut obligé de prolonger l'incision vers la région épigastrique, afin d'extraire la tumeur sans en exprimer le contenu.

Toilette du péritoine. — La tumeur enlevée, il faut nettoyer la cavité péritonéale et la débarrasser du contenu

1) Lair : *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine.* Thèse de Lyon, 1892, p. 62.

kystique qui s'y est épanché ; il faut faire en un mot la *toilette du péritoine*. Olshausen (1) nous énumère quelques-uns des procédés qui ont été employés dans cette intention. Nussbaum, Mac Dowell, Peaslee placent, à la fin de l'opération, pendant un instant, la malade dans le décubitus abdominal ou latéro-abdominal pour vider la cavité péritonéale de son contenu. Hegar et Kaltenbach expriment le liquide en comprimant l'abdomen des flancs vers la ligne médiane. Kœberlé récline les anses intestinales vers le haut avec la main, et introduit des éponges dans l'abdomen, en particulier dans le cul-de-sac de Douglas. D'autres chirurgiens, surtout en Angleterre, aspirent le liquide. Howitz, après avoir employé cette pratique, y a renoncé, parce que, à deux reprises, l'intestin fut aspiré dans le tube de verre, et s'y engagea si fortement qu'on ne put le libérer qu'en brisant le tube.

Si le liquide est fluide, il suffira de l'absorber à l'aide d'éponges ou de compresses aseptiques, ce qui pourra être long, mais sera toujours facile.

Si le contenu est épais, colloïde, la toilette du péritoine présentera plus de difficultés. Cette matière gélatineuse sera plus ou moins adhérente au péritoine pariétal, à l'épiploon, aux anses intestinales, aux organes pelviens, et ne sera pas absorbée par les compresses. On sera obligé de l'extraire, soit en la saisissant avec les doigts, soit en frottant légèrement la séreuse avec les compresses. Dans ces cas, on ne sera pas toujours sûr de pouvoir faire la toilette complètement, et Lair conseille même « de ne pas

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*. Stuttgart, 1886, p. 307.

chercher du tout à faire la toilette du péritoine, en raison même de l'impossibilité où on serait de la faire, même très incomplètement (1). » Ce n'est pas précisément notre avis, et nous croyons qu'on doit toujours chercher à débarrasser le plus possible le péritoine de cette substance dangereuse. C'est là d'ailleurs la règle de conduite de M. le professeur Gross.

Olshausen nous signale quelques dangers dans la toilette trop prolongée du péritoine. Elle augmente, dit-il, les dangers de choc ; elle expose à la torsion des anses intestinales ; enfin, s'il y a quelque part des éléments septiques, elles les répand sur toute la surface du péritoine et augmente les chances d'infection au lieu de les diminuer. Il en conclut que la toilette doit être de peu de durée. Il y a cependant des cas, ajoute-t-il, où elle doit être faite avec le plus grand soin. Ce sont les cas où le péritoine renferme des liquides dangereux, tels que du pus ou le contenu de kystes dermoïdes, ou des fragments de végétations papillaires (2).

La cavité péritonéale débarrassée du contenu kystique, il est bon de la laver, surtout si ce contenu était colloïde, pour en entraîner les dernières parcelles. Buckham, Keith, Terrillon, Polaillon, Tillaux, ont employé des solutions phéniquées à des degrés divers de concentration (Polaillon, 1 0/0 ; Tillaux, 1/40). L'eau filtrée et bouillie (Ythier), l'eau distillée, nous paraissent aussi utiles et moins dangereuses que les solutions phéniquées. Grâce à ces lavages, nous dit Ythier, la péritonite partielle ou géné-

(1) Lair : *loc. cit.*, p. 69.

(2) Olshausen : *loc. cit.*, p. 308.

ralisée sera évitée, la fièvre due à l'absorption des liquides septiques sera diminuée ou supprimée (1).

La température du liquide n'est pas indifférente, comme l'a montré Polaillon. « Si l'eau du lavage est trop chaude ou trop froide, si elle pénètre jusqu'à la face inférieure du diaphragme et dans les régions du plexus solaire, elle peut produire une impression qui provoque l'arrêt de la respiration et la syncope... Je crois qu'on peut éviter ce danger en limitant le lavage au bassin et à la partie sous-ombilicale de la cavité péritonéale, en empêchant l'eau du lavage de refluer vers le diaphragme, et en ayant soin d'employer une eau bouillie dont la température ne dépasse pas la température humaine, c'est-à-dire 37° » (2). Buckham (obs. 29) employa une solution phéniquée à 99° Fahrenheit, c'est-à-dire à 37°, 2 centigrade.

Drainage. — Après les ovariectomies pratiquées dans les conditions que nous avons étudiées, faut-il drainer la cavité péritonéale? La question du drainage est trop longue et trop complexe pour que nous puissions la traiter ici. Disons seulement qu'il fut d'abord employé par Peaslee en 1855, puis par Kœberlé en 1867 et par Spencer Wells. En 1872, Marion Sims conseilla de drainer dans toutes les ovariectomies (3). On a renoncé actuellement au drainage systématique, mais quelques chirurgiens le préconisent encore dans certains cas.

Nous pourrions étudier ici les deux voies de drainage,

(1) Ythier: *Du lavage du péritoine dans la laparotomie*. Thèse de Paris, 1888.

(2) Polaillon: *Union médicale* 1888, 1^{er} novembre.

(3) Olshausen: *loc. cit.*, p. 309. — Pozzi: *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. Paris, 1890, p. 72.

voie abdominale et voie vaginale, les diverses substances qui peuvent entrer dans la constitution du drain : verre, caoutchouc, gaze, etc., les objections qui ont été faites contre le drainage. On les trouvera énumérées dans la thèse de Sébilleau (1). Les deux plus importantes sont les suivantes : 1° Le drain au lieu d'être une voie d'évacuation pour les liquides sécrétés peut au contraire devenir une porte d'entrée pour les éléments infectieux (Martin (2), Mickulicz (3), Lœbker) (4); 2° le drainage à l'aide de tubes ne favorise pas l'écoulement des liquides, car au bout de peu de temps des fausses membranes obstruent les orifices (Mickulicz, Lœbker).

Nous nous contenterons de résumer les opinions de quelques chirurgiens sur le drainage dans le cas qui nous occupe. Labbé (5) conseille de pratiquer le drainage quand le péritoine contient une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction. Spencer Wells (6) l'emploie quand par suite de rupture du kyste on laisse dans l'abdomen du liquide qui peut se décomposer et être la cause d'une infection. Hue nous dit que le drainage est indiqué quand il y a une exsudation abondante du péritoine (7). Sébilleau rejette le drainage dans le cas où il n'y a pas d'ascite, ou

(1) Sébilleau : *loc. cit.*

(2) Martin : *Samml. klinische Vorträge*, n° 219; in Sébilleau : *loc. cit.*

(3) Mickulicz : *Arch. für klin. Chirurgie*, Bt. 26, Ht. 1, p. 111; in Sébilleau : *loc. cit.*

(4) Lœbker : *Arch. für gynækol.*, tome XIV, Bd 1, Ht. 127; in Sébilleau : *loc. cit.*

(5) Labbé : *De la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie*. — *Archives de toxicologie*, 1881, p. 473.

(6) Spencer Wells : *Royal medical and surgical Society*, séance du 27 février 1877. — *Lancet*, 1877, I, 3 mars, page 345.

(7) Hue : *loc. cit.*

quand l'ascite est faible, séreuse ; il le recommande dans les autres cas et préfère le drainage abdominal au drainage vaginal (1). Lair est partisan du tamponnement de Mickulicz dans tous les cas d'ovariotomie après rupture ; si le contenu du kyste est colloïde, il conseille même d'avoir recours au drainage vaginal (2).

Schröder par contre le croit inutile ou même dangereux ; il rapporte qu'il l'a employé une fois à Berlin dans un cas où l'abdomen était rempli de liquide kystique ; la malade mourut et Schröder croit que sans le drainage elle eût guéri (3). Terrillon le croit également inutile et ne l'a jamais pratiqué (4).

Pour nous, nous le croyons superflu. Si la toilette du péritoine a été faite avec soin, la malade ne court aucun danger ; alors même qu'un épanchement ascitique se constituerait dans le péritoine, ce liquide ne serait pas septique et serait résorbé ultérieurement sans inconvénient. Si au contraire la toilette a été incomplète, si des substances irritantes ont été abandonnées dans l'abdomen, ce n'est plus une ascite, c'est une péritonite qui menace la malade, et dans ce cas de quelle utilité sera le drainage ?

Dans les opérations que M. le professeur Gross a pratiquées après rupture du kyste, le drainage n'a pas été employé, bien que dans certains cas le liquide fût colloïde. Néanmoins dans trois cas sur quatre, l'opération a été

(1) Sébilleau : *loc. cit.*

(2) Lair : *loc. cit.*, p. 68.

(3) Schröder : *Berliner medicinische Gesellschaft*, séance du 14 mars 1877.
— *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, 20 août, p. 501.

(4) Terrillon : *Revue de chirurgie*, 1885, p. 917.

suivie de succès. Dans l'observation I, comme dans l'observation VI de M. le professeur agrégé Vautrin, la mort peut s'expliquer par ce fait que le liquide était colloïde et que la toilette du péritoine dut rester incomplète pour des raisons indépendantes de la volonté des opérateurs.

Nous croyons donc qu'après avoir nettoyé et lavé la cavité péritonéale aussi soigneusement que possible, le chirurgien sera autorisé à refermer complètement l'abdomen. Le reste de l'opération et le pansement ne présentent rien de particulier à signaler.



DEUXIÈME PARTIE

RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Pour qu'un kyste puisse se rompre à la paroi abdominale ou dans un organe voisin, la condition indispensable est qu'il soit fixé à cette paroi ou à cet organe par des adhérences. Nous avons étudié plus haut les adhérences et leur production, nous n'y reviendrons pas.

Etant donné un kyste adhérent, quelles sont les causes qui peuvent en déterminer la rupture ? D'une façon générale, elles sont les mêmes que pour la rupture intrapéritonéale, mais leur fréquence relative est différente. Nous distinguerons donc aussi ici les ruptures *traumatiques* et les ruptures *spontanées*.

1° *Ruptures traumatiques.* — D'après Grognot (1),

(1) Grognot : *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale.* Thèse de Paris, 1877.

quand un kyste est adhérent à la paroi abdominale, un traumatisme léger peut rompre la peau, les muscles et la paroi kystique. Un choc sur l'abdomen peut aussi rompre un kyste dans un organe auquel il est adhérent, par suite de l'augmentation de pression qu'il détermine.

L'effort, un mouvement brusque, une course rapide, peuvent également être la cause de ruptures. Hetman (obs. 313), Truckmuller (obs. 327) signalent des ruptures survenues au moment où les malades soulevaient des objets lourds. Abernethy (obs. 299) nous cite le cas d'une femme qui fuyant devant une vache se sentit inondée par le liquide kystique et se trouva débarrassée de sa tumeur. West (obs. 330) nous parle d'un kyste tubo-ovarique dont les évacuations se faisaient au moment de la défécation ou au moment d'un effort.

La rupture dans l'intestin est favorisée par les mouvements péristaltiques de cet organe, surtout quand ils sont excités et exagérés par un purgatif. Tournay (obs. 296) et Waters (obs. 328) nous en citent des exemples.

La constipation et les efforts de défécation qu'elle nécessite doivent aussi être une cause de rupture, non seulement par suite de la contraction des muscles abdominaux, mais aussi par suite de l'exagération des contractions propres des parois intestinales.

La rupture à la paroi abdominale présente peut-être quelque chose d'analogue. Si la paroi abdominale ne présente pas de mouvements, elle est le siège d'alternatives de tension et de relâchement, au cours desquels, d'après Grognot, il peut se produire une éraillure de la peau. Beaupoil (obs. 218) nous rapporte une observation dans

laquelle la paroi abdominale amincie se rompit au moment où la malade se mettait à genoux.

La puerpéralité, l'accouchement surtout, peuvent aussi être la cause de ces ruptures. Scanzoni (obs. 295) vit une rupture dans le rectum pendant un accouchement normal. Herbiniaux (obs. 306) a vu un kyste dermoïde se vider par le vagin quelque temps après un accouchement. Les altérations du kyste, l'augmentation de tension rendent compte de ces faits. Mais la rupture dans le vagin peu de temps après le travail peut reconnaître une autre cause. Un prolongement kystique intra-pelvien peut être comprimé par la tête fœtale, une escharre se forme et tombe, et la fistule cysto-vaginale est constituée par le même mécanisme que la fistule vésico-vaginale.

Dans d'autres cas, on peut invoquer comme cause de la rupture la présence d'un corps dur (un fragment d'os dans un kyste dermoïde, par exemple) qui ulcère les parois contiguës du kyste et de l'organe.

Mais ces cas sont fort rares, beaucoup plus rares que pour les ruptures intra-péritonéales. Au lieu de trouver une cause 86 fois sur 221, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas, nous ne trouvons ici une cause indiquée que 14 fois sur 142, c'est-à-dire dans un dixième des cas.

2° Ruptures spontanées. — Le plus souvent la rupture est spontanée et ne reconnaît pour cause que la suppuration du kyste ou l'altération de ses parois. Et de fait, sauf pour les kystes tubo-ovariques, dans toutes les observations où la nature des tumeurs et de leur contenu est indiquée, le kyste était suppuré ou dermoïde.

L'inflammation, dit Gallez (1), peut faire naître des adhérences « entre la tumeur et les parois abdominales ou les organes creux voisins; sous ces adhérences, les parois unies peuvent s'amincir et se perforer; la pression de la tumeur fortement distendue, d'après Scanzoni, provoque un ramollissement inflammatoire des parties contiguës, et le moindre choc (mouvement, effort de toux, de défécation, d'éternument) provoque la rupture. »

Michon (d'Essoyes) (obs. 341) nous rapporte l'observation suivante. Le 5 octobre 1863, une femme, atteinte de kyste ovarique, saute d'une charrette et tombe. Elle éprouve une douleur légère qui persiste quelque temps. Le 19 octobre, le kyste se vide par la vessie. L'auteur admet qu'il y eut à la suite de la chute une péritonite locale, qu'il se forma des adhérences et qu'il se produisit une escharre au point adhérent.

La rupture est surtout fréquente quand la tumeur contient du pus. La paroi s'ulcère alors, puis l'ulcération gagne la paroi voisine et la perforation est constituée (Delbet) (2). La destruction des deux parois par des végétations papillomateuses peut avoir le même résultat. Lebert a vu un cas où l'élément cancéreux infiltrait les ligaments larges et les parois du vagin traçant ainsi un chemin à l'écoulement du liquide (Grognot) (3).

Ce travail de destruction peut se faire en sens inverse. Une ulcération intestinale, lorsqu'elle se fait en un point adhérent à la tumeur, peut traverser les deux parois. C'est

(1) Gallez : *Histoire des kystes de l'ovaires*. Bruxelles, 1873, p. 141.

(2) Delbet : *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891.

(3) Grognot : *loc. cit.*

ainsi qu'on a vu des ruptures dans l'intestin chez des malades tuberculeuses (Black, obs. 254, Bristowe, obs. 261), ou chez des femmes atteintes de fièvre typhoïde (Spillmann, obs. IX). Un ulcère de l'estomac, un néoplasme de l'organe adhérent (estomac, intestin, vessie ou vagin) pourraient avoir les mêmes conséquences. Nous n'en connaissons pas d'exemple.

Nous pouvons aussi, comme dans les ruptures intra-péritonéales, admettre des *ruptures de causes complexes*, la perforation étant préparée par l'amincissement de la paroi kystique et de la paroi qui lui est adhérente, et déterminée par un traumatisme.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Nous avons réuni 142 cas de ruptures extra-péritonéales qui se divisent ainsi :

51	cas de ruptures dans les voies digestives,
34	— — — à l'extérieur,
33	— — — dans les voies génitales,
16	— — — dans la vessie,
8	— d'ouverture double.

Bien que l'ouverture à l'extérieur n'occupe que le deuxième rang dans l'ordre de fréquence, nous commencerons par ce mode de rupture, pour ne pas séparer les unes des autres les diverses perforations viscérales.

1° *Ouverture à l'extérieur.* — Les kystes peuvent s'ouvrir à tous les points de la paroi abdominale antérieure et même en des régions plus éloignées. Etant données la faible épaisseur et la faible résistance de cette paroi au niveau de l'ombilic, il est facile de comprendre que l'ouverture en ce point doit être fréquente. On l'observe en effet 13 fois sur 34 cas de rupture à l'extérieur. Dans les autres cas, elle se fait en des points variables. Nous ne citerons ici que le cas de Jarjavay (obs. 230) où la rupture se fit à 3 centimètres au-dessus du pubis, celui de Richét

(obs. 242) où elle se fit au-dessus de l'arcade crurale, ceux de Monro (obs. 236) et d'Olshausen (obs. 240) où l'ouverture siégeait dans l'aine et dans le pli génito-crural. Barnes (obs. 217) nous cite un cas où il y avait deux fistules près de l'ombilic. Dans un cas observé par Nélaton et Péan (obs. 239), la plaie s'étendait obliquement de l'ombilic à l'arcade crurale. Bright (obs. 220) rapporte le cas d'une malade chez laquelle le kyste se rompit au point où on avait fait une ponction.

Granville (obs. 226) nous cite une observation où le kyste fut expulsé par l'orifice cutané. Le fait nous paraît cependant plus rare que dans les autres cas. La pédiculisation de la tumeur est en effet plus difficile. Quand un kyste s'ouvre à la paroi abdominale, les adhérences sont en général assez larges, tandis que lorsqu'il s'ouvre dans un organe, la surface de cet organe étant moins étendue, les adhérences sont également moins considérables. De plus, la paroi du rectum, du vagin ou de la vessie est beaucoup plus souple et moins tendue que la paroi abdominale. Ces deux circonstances nous paraissent rendre compte de la difficulté de l'inversion dans les cas de rupture à l'extérieur.

2° *Ouverture dans les voies digestives.* — Les 51 cas se répartissent ainsi :

19 fois	la rupture se fit dans le rectum,	
2 —	—	dans l'S iliaque,
2 —	—	dans le côlon,
1 —	—	dans le cœcum,
3 —	—	dans l'iléon,
1 —	—	dans le cœcum et dans l'iléon,

1 fois chez la même malade un kyste de l'ovaire droit
s'ouvrit dans le cœcum et un kyste de l'ovaire
gauche dans le rectum,
5 fois la rupture se fit dans l'estomac (?),
17 — — — dans l'intestin sans indication
précise.

On voit que le plus souvent la rupture a lieu dans le rectum. Les auteurs donnent généralement peu de détails anatomo-pathologiques. West (obs. 298), Boinet (obs. 256) disent que l'orifice se trouvait au-dessus du sphincter interne. Dans le cas de Lacrousille (obs. 278), il se trouvait à la partie inférieure du rectum, et dans le cas de Murchison (obs. 284), à 102 millimètres au-dessus de l'anus. Barnes (obs. 253) cite une pièce de musée présentant une communication entre un kyste et la partie supérieure du rectum. Les dimensions de l'orifice ne sont indiquées que dans le cas de West où elles étaient égales à celles d'une pièce de vingt francs.

Le plus souvent le rectum et le kyste sont immédiatement accolés et la communication est directe. Quelquefois au contraire, les deux organes sont plus éloignés et la communication se fait par l'intermédiaire d'un abcès fécal (Bristowe, obs. 261, Barnes, obs. 253). Milman-Coley (obs. 283), nous cite l'observation d'une malade chez laquelle un abcès s'ouvrit dans le rectum. Environ un an après, elle mourut. On trouva à l'autopsie un trajet conduisant d'un kyste ovarique au rectum ; c'était le trajet de l'ancienne fistule. Janovin (obs. 277) nous signale un cas où un diverticule kystique avait ulcéré les parois du rectum et avait pénétré dans la cavité de cet organe.

Le plus souvent l'orifice est disposé de façon à permettre l'écoulement du liquide kystique dans le rectum, mais non la pénétration des matières fécales dans la tumeur. Boivin et Dugès (obs. 257) ont cependant trouvé un kyste rempli de matières fécales. La pénétration des gaz intestinaux dans la cavité de la tumeur est au contraire fréquente.

Dans certains cas le kyste vidé s'inverse et est expulsé par le rectum. Bouchacourt (obs. 258) nous en cite un exemple.

Cooper Rose (obs. 266) a vu chez une même malade un kyste de l'ovaire droit s'ouvrir dans le cœcum et un kyste de l'ovaire gauche s'ouvrir dans le rectum.

La communication avec d'autres points de l'intestin ne présente rien de particulier. Dans un cas de Nélaton (obs. 285), le kyste communiquait avec l'S iliaque par un trajet de la longueur du petit doigt ; il communiquait de plus avec un abcès de la fosse iliaque. Dans le cas de Rotureau (obs. 294), un kyste communiquait avec l'iléon par deux orifices ; l'un de 1 centim. $\frac{1}{4}$ de largeur se trouvait à 7 centim. de la valvule iléo-cœcale, l'autre de 9 millim., à 2 centim. au-dessus du premier. Barnes (obs. 252), nous cite un cas de communication entre un kyste et l'iléon à 120 millimètres de la valvule iléo-cœcale.

D'après Quenu (1) on ne connaît pas de cas de rupture dans l'estomac. Cependant Monneret et Fleury dans le *Compendium de Médecine* (1845, t. 6, p. 256), rapportent

(1) Quenu : *Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1881.

une observation d'Ollenroth, dans laquelle le kyste se serait ouvert dans l'iléon d'abord, puis dans l'estomac (obs. 286). Emery (obs. 269) rapporte le cas d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, qui, quelques jours avant sa mort rejeta par vomissement un liquide analogue à celui qu'on avait retiré antérieurement par des ponctions. Emery et J. Cloquet crurent à une métastase, s'appuyant sur l'autorité de Ribes qui avait présenté des faits analogues dans le recueil de la Société d'Émulation. Blundell (obs. 255), Bourdet (obs. 259), Pereyra (obs. 287), Portal (obs. 289), ont vu des malades chez lesquelles des vomissements abondants accompagnés ou non de diarrhée amenaient la diminution ou même la disparition de la tumeur. Gillette (obs. 272) a vu une malade mourir à la suite de selles et de vomissements purulents. A l'autopsie on trouva un kyste suppuré de l'ovaire gauche ouvert dans l'iléon et le cœcum.

3° *Ouverture dans les organes génitaux.* — Les 33 cas d'ouverture dans les organes génitaux se répartissent de la façon suivante :

12	fois	le kyste s'ouvrit	dans la trompe.
20	—	—	dans le vagin.
1	—	—	dans l'utérus et dans le vagin.

L'évacuation par la trompe ne s'observe que dans une catégorie spéciale de kystes auxquels on a donné le nom de kystes *tubo-ovariques* ou kystes *profluents*. C'est là un accident que l'on peut pour ce motif considérer comme complètement différent des autres modes d'évacuation. Cependant la formation de ces kystes est due au développement

d'adhérences entre la tumeur ovarique et le pavillon de la trompe, de même que les autres ruptures sont précédées du développement d'adhérences entre le kyste et l'organe. Les symptômes principaux sont également analogues : écoulement de liquide, et diminution ou même disparition de la tumeur. Enfin l'évacuation par la trompe est souvent difficile à distinguer de la rupture dans le vagin. Pour ces diverses raisons, nous avons cru devoir étudier ici ce mode particulier de rupture extra-péritonéale.

Il s'en faut de beaucoup que la rupture des kystes dans la trompe ait été toujours constatée. Elle n'a été le plus souvent que supposée. Ces kystes sont toujours sérieux ; l'évacuation d'un liquide de cette nature par la trompe est sans danger, l'accident n'entraîne pas la mort des malades et ne les porte généralement pas à réclamer une opération. Il y a cependant des exceptions ; la communication a pu être constatée soit à l'opération, soit à l'autopsie de malades ayant succombé à une affection intercurrente. Anderson (obs. 300), à l'autopsie d'une femme morte d'hémoptysie, trouva un kyste présentant une ouverture ; on pouvait facilement faire passer une sonde d'un certain calibre par la trompe, l'utérus et le vagin. Blasius (obs. 306), chez une femme morte du choléra, trouva les deux ovaires transformés en kystes multiloculaires ; les pavillons des trompes étaient adhérents aux ovaires des deux côtés ; l'orifice péritonéal de la trompe droite communiquait avec l'un des kystes. Vignard (obs. 326) nous rapporte une opération de Terrillon, où l'on trouva un kyste ovarique communiquant avec la trompe.

Richard (1), qui a étudié les kystes profluents, nous en cite plusieurs cas personnels et il nous rapporte le cas de Morgagni (obs. 317), qui trouva à une autopsie un kyste tubo-ovarique contenant 140 livres de liquide, et celui de Franck, où la cavité en contenait 130 livres.

Barstcher (obs. 303) a vu un kyste rompu dans le vagin. Le doigt pénétrait sur la paroi postérieure du vagin près du cul-de-sac gauche dans un orifice déchiré à bords irréguliers.

« Scanzoni (2) dit n'avoir jamais vu la rupture des kystes s'opérer par le cul-de-sac vaginal. » Jasinski (obs. 314) cependant a vu un kyste dermoïde ouvert dans le cul-de-sac postérieur. Mundé (obs. 318) en cite également un cas.

Salter (obs. 323) a vu un kyste ouvert dans la partie supérieure du vagin.

Buys (obs. 310) nous cite une observation où le kyste communiquait avec le vagin par un trajet fistuleux.

Delbet (3) nous cite deux cas dus à Barner (4) et à Hermann (5) où des kystes dermoïdes suppurés s'ouvrirent dans le vagin une fois « derrière l'utérus » et une fois « dans la paroi postérieure. »

(1) Richard : *Mémoires de la Société de chirurgie*, III, 1853, p. 121. — *Bulletin général de thérapeutique*, III, 1857, p. 152. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, XXI, 1856, p. 356.

(2) Scanzoni : *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. Traduction Dor et Socin. Paris, 1858, p. 387. — In Gallez : *Histoire des kystes de l'ovaire*, Bruxelles, 1873, p. 145.

(3) Delbet : *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris 1891, p. 506 et 507.

(4) Barner : *St-Georges Hospital Reports*, vol. 8, p. 77.

(5) Hermann : *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1885, p. 264.

Quand le kyste s'ouvre dans le vagin, il peut, de même que lorsqu'ils s'ouvre dans le rectum, s'invaginer, s'engager dans l'orifice fistuleux et être expulsé sous la forme d'une tumeur polypoïde (Lefranc (1), Hermann) (2).

L'ouverture dans l'utérus, dit Lefranc, est rare, ce qui se comprend en raison de l'épaisseur des parois de l'organe et de sa position dans le bassin.

Barnes (obs. 302) rapporte le cassuivant : une femme atteinte de kyste de l'ovaire étant en travail, l'accoucheur fut obligé de faire une incision dans le tissu de l'utérus pour extraire l'enfant. Après la délivrance on retira de l'utérus une masse volumineuse de cheveux. L'accoucheur n'avait cependant pas incisé la paroi du kyste. Peu de temps après le kyste s'ouvrit dans le vagin.

4° *Ouverture dans la vessie.* — Nous ne trouvons pas ici beaucoup de considérations anatomo-pathologiques.

Dans trois observations dues à Hamelin (obs. 338), Philipps (obs. 343) et Marshall (obs. 340), la vessie était considérablement distendue. Dans le cas d'Hamelin elle était de plus en partie mortifiée. Les kystes qui se vident dans la vessie étant pour la plupart dermoïdes, on trouve souvent des cheveux dans la cavité vésicale, beaucoup plus rarement des dents ou des os, à cause de l'adhérence de ces productions à la paroi. Le siège de la communication n'est généralement pas indiqué. Marshall nous dit que

(1) Lefranc : *Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Nancy, 1886, p. 45.

(2) Hermann : *Société obstétricale de Londres*. Séance du 7 novembre 1885 : — in *Archives de Tocologie*, 1886, p. 178.

dans le cas qu'il a observé, l'orifice se trouvait à la partie supérieure du fond de la vessie. Philipps a vu un kyste communiquer avec la vessie par trois orifices.

Blick et Winge ont vu un kyste se vider dans la vessie, puis se retourner dans la cavité vésicale pour offrir finalement l'aspect d'une production polypeuse recouverte de poils et faisant saillie dans le réservoir urinaire (obs. 332).

Ajoutons que dans le cas de rupture vésicale, plus encore que dans toute autre catégorie de rupture extra-péritonéale, la tumeur est souvent de nature dermoïde.

5° *Ouverture double.* — Les 8 cas d'ouverture double se divisent de la façon suivante :

a) 1 fois le kyste s'ouvrit dans l'abdomen et dans l'intestin ;

b) 3 fois il s'ouvrit à la paroi abdominale et dans la vessie ;

c) 1 fois il s'ouvrit à la paroi abdominale et dans l'intestin ;

d) 1 fois il s'ouvrit dans l'intestin et dans la vessie ;

e) 2 fois il s'ouvrit dans le vagin et dans le rectum.

a) Le kyste communiquait avec la cavité abdominale et le côlon descendant, dans le cas de Baschieri (obs. 348).

b) Le kyste s'était ouvert dans la vessie et à l'ombilic dans le cas de Greenhalg (obs. 351). A l'autopsie on constata de plus qu'il communiquait avec le rectum et avec le péritoine.

Il s'était ouvert dans la vessie et au-dessous de l'ombilic dans les cas de Barnes (obs. 347) et de Larrey (obs. 353).

c) La tumeur s'était rompue dans l'intestin et à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic dans le cas de Terrier (obs. 354).

d) Elle communiquait avec l'intestin et la vessie dans le cas de Dudley et Coe (obs. 350).

e) Elle s'était ouverte enfin dans le vagin et le rectum dans le cas de Bourgeois (obs. 349) et de Jeaffreson (obs. 352). Dans ce dernier cas on sentait les deux orifices par le toucher.



CHAPITRE III

Symptômes

Nous pouvons, comme dans les ruptures intra-péritonéales, distinguer les symptômes *généraux* et les symptômes *locaux*. Mais ici les symptômes généraux se réduisent à peu de chose.

1° *Symptômes généraux*. — La rupture extra-péritonéale est fréquemment précédée d'une période de douleurs qui s'expliquent par la formation des adhérences et par l'ulcération des parois contiguës.

Au moment où la perforation se constitue, la malade éprouve quelquefois une douleur très vive qui peut aller jusqu'à la syncope (Beupoil, obs. 218). D'autres fois on remarque, comme dans l'ouverture intra-péritonéale, une sensation de rupture (Cockle, obs. 265, Boivin, obs. 308, Hetman, obs. 313, Truckmuller, obs. 327).

2° *Symptômes locaux*. — Nous avons à étudier, comme symptômes locaux, l'écoulement du contenu et les modifications qui surviennent dans la tumeur.

Écoulement du contenu. — Le symptôme principal de la rupture des kystes ovariens à l'extérieur est l'écoulement du contenu. Cet écoulement peut se faire si rapidement et en si grande abondance, que, par suite de la

déplétion brusque de l'abdomen, une syncope peut survenir (Tournay, obs. 296). Le liquide évacué peut être séreux, mais cela est assez rare, sauf pour les kystes tubo-ovariques ; il peut aussi être colloïde (obs. VII de M. le professeur Gross) ; le plus souvent il est purulent ou de nature dermoïde. Dans ce cas il contient souvent des cheveux, qui sont expulsés en même temps que le liquide lui-même. On voit quelquefois des touffes de cheveux, encore implantés dans la membrane dermoïde, sortir par l'orifice et résister pendant longtemps à tous les efforts de traction exercés par la malade ou par le médecin (Janovin, obs. 277, Larrey, obs. 353) Beaucoup plus rarement on voit sortir des os ou des dents (Laflize, obs. 232). Dans certain cas la poche kystique elle-même s'invagine, s'engage dans l'orifice et vient faire saillie à l'extérieur (Granville, obs. 226, Bouchacourt, obs. 258, Blick et Winge, obs. 332).

L'écoulement présente certaines particularités selon le point par lequel il se fait.

1° *Ouverture à la paroi.* — Quand la rupture a lieu à la surface cutanée, on voit survenir des modifications de la peau au point où l'ouverture va se faire. Elle se distend, devient rouge, forme une saillie qui est souvent réductible (Beaupoil, obs. 218), puis elle s'amincit et se rompt. L'écoulement est alors à peu près continu. L'orifice est accessible à la vue, on peut y introduire un stylet et se rendre compte ainsi de la direction du trajet, de la profondeur de la poche, de la nature du contenu. L'écoulement du liquide produit quelquefois une sensation de brûlure (Beaupoil).

2° *Ouverture dans les voies digestives.* — Quand l'orifice se trouve dans l'intestin, l'écoulement du liquide est inter-

mittent. Les matières kystiques sont évacuées en grande abondance au moment où la perforation s'établit ; puis le contenu, continuant à s'écouler lentement dans l'intestin, y est retenu par le sphincter et n'est évacué qu'au moment des selles. Les selles sont d'ailleurs augmentées en fréquence et en abondance, et la malade présente souvent une diarrhée considérable qui peut durer plusieurs jours. En même temps que la diarrhée les malades peuvent présenter une émission de gaz fétides par l'anūs (Terrier, obs. 354). Les gaz intestinaux pénètrent en effet dans la tumeur, y prennent une odeur repoussante de putréfaction et sont éliminés ultérieurement.

Le liquide kystique est plus ou moins intimement mélangé aux matières fécales selon que l'orifice siège plus ou moins haut. Par son passage dans l'intestin, il irrite la muqueuse ; aussi les malades présentent-elles souvent de l'entérite, du ténésme rectal (obs. VII de M. le professeur Gross), une sensation de corps étranger, surtout quand des corps solides contenus dans la tumeur ou la tumeur elle-même font hernie dans le rectum.

Certaines malades présentent des vomissements d'un liquide analogue au liquide évacué par les selles ou au liquide retiré par les ponctions (Blundell, obs. 253, Bourdet obs. 259, Emery, obs. 269, Pereyra, obs. 287, Portal, obs. 289). Le fait ne prouve pas l'existence d'une communication entre le kyste et l'estomac. Gillette (obs. 272) a vu une malade qui présentait des selles et des vomissements purulents. A l'autopsie on trouva un kyste communiquant avec l'iléon et le cœcum. Nous avons vu de quelle façon Emery explique le fait qu'il rapporte.

Il est quelquefois possible, quand la perforation se

fait dans le rectum, de sentir l'orifice par le toucher rectal (Jeaffreson, obs. 352).

3° *Ouverture dans les voies génitales. — Vagin.* — Quand la rupture a lieu dans le vagin, l'écoulement est généralement continu. Il est possible de sentir l'orifice par le toucher vaginal (Jeaffreson, obs. 352, Barstcher, obs. 303) On peut le voir à l'aide d'un spéculum; on peut facilement y introduire une sonde pour explorer la poche. Des cheveux, des dents, des os (Jasinski, obs. 314), viennent faire saillie par l'orifice. L'évacuation du contenu du kyste est quelquefois suivie d'une hémorrhagie par la plaie vaginale (Barstcher, obs. 303, Boivin, obs. 308).

Trompe. — Quand la rupture a lieu par la trompe, le liquide est généralement séreux; l'écoulement se fait d'une façon intermittente, quelquefois périodique. Dans un cas de Peaslee (obs. 319), le kyste se vidait tous les trois mois; dans un cas de Sachse (obs. 322), toutes les quatre semaines; dans un cas de Richard (obs. 320), huit à dix fois par jour. Ces évacuations sont souvent précédées de douleurs (Blasius, obs. 305), et suivies de défaillances (West, obs. 330). Par l'examen au spéculum on peut quelquefois constater l'issue du liquide par l'orifice du col utérin (Wells, obs. 329).

4° *Ouverture dans la vessie.* — L'ouverture du kyste dans la vessie s'accompagne de douleurs vives, de ténésme vésical, surtout quand des corps solides ont pénétré dans la vessie, ou quand la tumeur elle-même s'y est engagée (Blick et Winge, obs. 332). La malade éprouve souvent de la rétention d'urine (Marshall, obs. 340). D'autres fois, la malade présente tout à coup, sans symptômes prémonitoires, un besoin pressant d'uriner (Breisky, obs. 334,

Michon, obs. 341). On peut également observer de l'hématurie (1). Les urines sont boueuses, purulentes, contiennent des cheveux (pilimiction), des graviers, quelquefois des calculs (Larrey, obs. 353).

En introduisant une sonde dans la vessie on peut quelquefois pénétrer dans le kyste par l'orifice de communication (Breisky).

Modifications dans l'état de la tumeur. — En même temps qu'on constate chez la malade un écoulement du liquide kystique, on remarque une diminution de volume de l'abdomen. Cette diminution ne se fait pas toujours immédiatement. Murchison (obs. 284) nous cite un cas où le ventre ne commença à diminuer qu'après seize jours de diarrhée. La tumeur se rétracte vers son pédicule, et peut disparaître complètement. Quelquefois la poche continue à être perceptible par la palpation abdominale sous forme d'une tumeur de petit volume.

Il est encore une modification dans l'état de la tumeur qu'on peut observer. Quand le kyste s'ouvre à la paroi abdominale, dans le vagin ou dans l'intestin, l'air ou les gaz intestinaux peuvent y pénétrer; ils vont en occuper la partie supérieure et y donnent lieu à une zone de sonorité au point où on percevait antérieurement de la matité.

La fistule et l'écoulement peuvent persister plus ou moins longtemps. Quand leur durée se prolonge, on voit peu à peu apparaître d'autres symptômes, des signes d'hecticité; mais c'est là une question que nous retrouverons en étudiant le pronostic.

(1) Waelle : *Centralbl. für Gynæk.*, 1881, p. 421; in Lefranc : *Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Nancy, 1886.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic des ruptures extra-péritonéales présente moins de difficultés que celui des ruptures intra-péritonéales. Les symptômes subjectifs : sensation de rupture, douleur, ténésme vésical ou rectal, sont ici de peu d'importance, à côté du symptôme principal, l'écoulement du contenu. Lorsqu'une femme, que l'on sait être atteinte de kyste ovarique, présente, soit par un point de la paroi abdominale, soit par un organe, un écoulement anormal de liquide, en même temps que le volume de l'abdomen diminue, le diagnostic de rupture n'est pas douteux.

Il n'en est pas de même quand la malade porte depuis longtemps une des communications que nous avons décrites, qu'elle ne présente plus de tumeur perceptible à la palpation et qu'elle ne fournit pas de renseignements précis. Le diagnostic peut dans ce cas être très difficile. Si on voit sortir par la fistule des matières colloïdes ou bien de la graisse, des cheveux, on pensera à un kyste ovarique ouvert ; mais si le liquide est séreux ou purulent, les difficultés seront plus considérables. Dans le dernier cas, s'il est permis de penser à la rupture d'un kyste suppuré, il faut aussi que les commémoratifs permettent d'éliminer les autres cas de suppuration pelvienne.

Lorsque la rupture a lieu dans l'intestin, il est quelquefois possible de se renseigner approximativement sur le siège de la communication. Quand l'orifice siège haut, loin de l'anus, le liquide kystique est intimement mélangé aux matières fécales. Si au contraire l'orifice siège dans la partie inférieure de l'intestin, l'écoulement du liquide kystique alterne fréquemment avec les selles.

L'évacuation du liquide kystique par les vomissements n'est pas un signe de rupture dans l'estomac, comme le prouve le cas de Gillette (obs. 272).

La rupture à la surface cutanée et dans le vagin ne donne pas lieu à des considérations importantes au point de vue du diagnostic. L'introduction d'une sonde peut donner quelques notions sur l'étendue de la cavité et la nature du contenu.

L'évacuation par la trompe se reconnaît à sa périodicité. Il est de plus possible quelquefois de constater, à l'aide de l'examen au speculum, que l'écoulement se fait par l'orifice du col utérin.

La rupture dans la vessie est peut-être la plus difficile à diagnostiquer, à cause du grand nombre de causes qui peuvent altérer l'urine et la rendre purulente. Quand le liquide évacué est séreux, il est permis de se demander s'il y a une communication directe entre le kyste et la vessie, ou si la rupture a eu lieu dans le péritoine, le liquide épanché étant résorbé et évacué par les reins. Les symptômes concomitants, diminution plus ou moins rapide du volume de l'abdomen, ascite, péritonite, etc., la marche de l'accident, la durée du temps écoulé entre la rupture et le commencement de la polyurie, la com-

position du liquide évacué, permettent en général de faire le diagnostic. Breisky (obs. 334) put introduire une sonde dans un kyste ouvert dans la vessie, par l'orifice de communication.

Quand un kyste s'ouvre à l'extérieur, dans le vagin ou dans l'intestin, il arrive fréquemment que l'air ou les gaz intestinaux y pénètrent. On observe alors de la sonorité dans la région épigastrique. Le fait est important à connaître, surtout à cause des ruptures intestinales qui peuvent passer inaperçues quand l'orifice siège loin du rectum. Pour certains chirurgiens ce symptôme facilite le diagnostic (Terrier) (1), pour d'autres il l'obscurcit (Maunoir (2), Peaslee) (3). Quoi qu'il en soit il n'est pas caractéristique. Laboulbène (4), en effet, nous rapporte le cas suivant. Une femme présentait une tumeur fluctuante du côté gauche de l'abdomen. Elle fut prise de fièvre, de douleur ; la peau rougit, s'amincit ; la tumeur devint sonore, on y perçut de la succussion hippocratique. Les urines et les selles ne contenaient rien d'anormal. Laboulbène en conclut que la présence des gaz dans la tumeur était due, non pas à une communication avec l'intestin, mais à une fermentation. Ce ne fut pas, il est vrai, l'avis de Depaul qui admit qu'il s'était fait une fistule disposée de telle façon que les gaz pouvaient passer de l'intestin dans le kyste, mais que le liquide ne pouvait s'écouler du kyste dans l'intestin.

(1) Terrier : *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1877, p. 830.

(2) Maunoir : *Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1861, p. 31.

(3) Peaslee : *Ovarian tumours*, etc. ; New-York, 1872. — In Terrier : *loc. cit.*

(4) Laboulbène : *Académie de médecine*, séance du 26 janvier 1875. — *Archives générales de médecine*, 1875, 1, 5^e série, t. 25, p. 363.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic des ruptures extra-péritonéales devrait, semble-t-il, être plus favorable que celui des ruptures intra-péritonéales. Nous n'avons pas à craindre ici le choc ou la péritonite. Mais nous avons d'autres dangers à redouter. Nous allons les passer en revue en étudiant les conséquences de la rupture : 1° pour l'organe dans lequel elle a lieu ; 2° pour le kyste lui-même.

1° *Les conséquences de la rupture pour l'organe* au niveau duquel elle a lieu varient avec l'organe lui-même. Si l'ouverture siège à la peau, ces conséquences sont à peu près nulles. Elles sont peu importantes encore dans les cas de communication avec le vagin ; mais il n'en est pas de même pour les communications avec l'intestin et la vessie. Nous avons déjà vu, en étudiant la symptomatologie, les inconvénients graves qui résultent de ces communications. Nous y reviendrons plus loin, quand nous étudierons le pronostic particulier des divers genres de ruptures extra-péritonéales.

2° *Conséquences pour le kyste.* — Le kyste, dans le cas d'une rupture extra-péritonéale, se trouve à peu près dans les mêmes conditions qu'un kyste traité par l'ovariotomie

incomplète. On connaît le pronostic de cette opération ; nous allons le rappeler rapidement.

La tumeur peut guérir par suppuration et rétraction des parois. Mais ce résultat ne s'obtient que si la cavité est unique, soit que le kyste soit par lui-même uniloculaire, soit que le chirurgien ait détruit les cloisons qui séparaient les diverses poches. La malade n'arrive à la guérison qu'à la suite d'une suppuration prolongée, qui peut durer plus d'un an (Olshausen) (1). Cette suppuration peut amener la mort de la malade, soit par l'affaiblissement progressif qui en résulte, soit par les thromboses qui, d'après Olshausen, se forment fréquemment autour du foyer purulent, soit par la septicémie chronique qui se développe chez ces malades.

Alors même que la malade résiste à toutes ces complications, le pronostic reste grave. La rétraction de la poche s'accompagne souvent d'un déplacement des viscères adhérents qui gêne leur fonctionnement. La récurrence est d'ailleurs toujours à craindre, car rien ne nous assure qu'il n'est pas resté dans la paroi de petits kystes qui ont échappé à la rétraction et qui peuvent prendre à leur tour un développement considérable.

Enfin quand il s'agit de kystes papillaires, la guérison peut être considérée comme impossible. Dans ce cas, en effet, les parois recouvertes de végétations néoplasiques ne peuvent pas adhérer les unes aux autres ; il reste toujours une cavité suppurante, la fistule persiste indéfiniment. La dégénérescence maligne envahit les tissus voi-

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*. Stuttgart, 1886, p. 329.

sins, quelquefois même les bords de la plaie abdominale, et la malade meurt dans la cachexie occasionnée par la longue durée de la suppuration et les progrès du néoplasme.

Telles sont les suites de l'ovariotomie incomplète. L'ouverture extra-péritonéale des kystes en diffère par certaines particularités qui contribuent encore à assombrir le pronostic. Dans l'ovariotomie incomplète, on peut le plus souvent faire l'ablation d'une grande partie de la tumeur ; dans la rupture extra-péritonéale au contraire, le kyste garde tout son volume ; il en résulte que la suppuration dure en général plus longtemps et que les risques de mort sont plus grands. Davies (obs. 222) nous rapporte le cas d'une malade chez laquelle, un kyste s'étant ouvert à l'ombilic, l'écoulement du liquide dura sept ans. Une malade de Jacobi (obs. 276) présenta pendant plusieurs années un état septicémique chronique, à la suite de la rupture d'un kyste dans l'intestin. Dans un cas de Virchow (obs. 297), une malade, dont le kyste s'était ouvert dans le rectum, mourut dans l'hecticité. Les malades de Jarjavay (obs. 230), de Vallerand de la Fosse (obs. 248), moururent d'épuisement par ouverture d'un kyste à la paroi abdominale. Léopold (obs. 280) a vu une femme mourir de tuberculose après une longue suppuration d'un kyste ouvert dans le rectum. Black (obs. 254) nous raconte que chez une malade tuberculeuse un kyste se rompit trois fois dans l'intestin, et que chaque rupture fut accompagnée d'une aggravation des symptômes pulmonaires.

Dans l'ovariotomie incomplète, l'orifice est facilement accessible au chirurgien qui peut ainsi agir sur la cavité

kystique, la laver, la drainer, en extraire le contenu. Dans la rupture extra-péritonéale, l'orifice peut être inaccessible, et non seulement il s'oppose ainsi à toute action du chirurgien, mais par sa situation il peut permettre l'entrée dans la tumeur de corps étrangers, de matières irritantes et septiques, d'organismes inférieurs venus de l'intestin, de la vessie ou du vagin. Il en résulte des altérations du contenu kystique qui ont pour l'état général de la malade les plus fâcheuses conséquences. La malade de l'observation VIII de M. le professeur Gross mourut en peu de jours de septicémie après ouverture du kyste dans le vagin.

Dans l'ovariotomie incomplète enfin, si la tumeur présente des adhérences avec les organes abdominaux (anses intestinales, épiploon, etc.), il est souvent possible de les détruire. Dans la rupture extra-péritonéale ces adhérences, souvent nombreuses, en raison de l'inflammation et de la suppuration antérieures de la tumeur, persistent et constituent pour la malade un danger sérieux.

« Les adhérences qu'un kyste contracte, soit avec les parois abdominales, soit avec les organes renfermés dans le ventre, le foie, le diaphragme, les intestins, la vessie, le rectum, etc., souvent dans des points très distants de son point d'origine, le retiennent et le fixent à ces parties ; et quand on vide le kyste, soit par une incision, soit autrement, il ne peut se rétracter ni revenir sur lui-même, ni se réduire à ses limites normales ; il reste comme une poche adhérente par sa face externe à des points souvent opposés et très éloignés les uns des autres, et alors cette poche, malgré l'écoulement continu du liquide, malgré la compression des bandages, malgré la pression naturelle

des organes intérieurs, ne peut rapprocher ses parois et les mettre en contact ; il reste forcément une cavité pathologique que rien ne peut oblitérer ; de là doit résulter cette prolongation indéfinie de la suppuration avec toutes ses conséquences fâcheuses, et comme l'origine de tout existe dans les adhérences qui se sont formées sur plusieurs points de la surface externe du kyste, il est naturel d'induire que ces adhérences, dans de telles circonstances, loin d'être favorables, sont, au contraire, très pernicieuses.

D'un autre côté, en supposant que le kyste n'adhère qu'à des parties douées d'une certaine mobilité comme aux intestins, à l'épiploon, etc., il pourra peut-être revenir sur lui-même et se rétracter, en entraînant vers lui les organes auxquels il adhère ; mais dans ces cas, qui seraient les plus heureux, on doit encore craindre, en supposant que ces adhérences n'empêchent pas le retrait du kyste, qu'elles donnent lieu à des inconvénients d'un autre genre. Pour fonctionner régulièrement, toutes les parties contenues dans l'abdomen ont une position normale qui, si elle vient à changer par une cause ou par une autre, doit nécessairement entraîner une gêne plus ou moins considérable dans les fonctions des organes tirillés, entraînés vers le kyste. Si les intestins, le mésentère, la vessie, le foie ou tout autre organe enfin sont attirés vers le kyste rétracté et revenu sur lui-même, il doit en résulter pour chacun de ces organes un déplacement anormal qui peut amener des conséquences fâcheuses(1). »

On voit donc que la rupture extra-péritonéale n'est pas

(1) Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*. Paris, 1877, p. 498.

toujours exempte de dangers. Examinons maintenant isolément le pronostic des divers genres de rupture.

Paroi abdominale. — L'ouverture à la paroi abdominale est certainement une des plus favorables. A la vérité, l'orifice, généralement ombilical ou péri-ombilical, n'est pas déclive ; le liquide stagne, l'écoulement se fait mal ; mais du moins il se fait directement à l'extérieur ; le liquide n'irrite aucun organe, tout au plus peut-il déterminer un peu d'érythème de la peau. De plus ce mode d'ouverture permet d'explorer la cavité de la tumeur, d'en extraire le contenu liquide ou solide, d'y faire des injections antiseptiques.

Trompe. — L'évacuation par la trompe est à peu près sans danger, car nous avons vu que dans ce cas le liquide est le plus souvent séreux. Lorsque l'écoulement est continu il est gênant pour la malade, mais lorsqu'il est intermittent son seul inconvénient est le drainage incessant d'une grande quantité de liquide.

Vagin. — L'écoulement par le vagin est généralement favorable. L'orifice est alors bien déclive, l'écoulement est facile et est assez bien supporté par le vagin. L'exploration du kyste et les injections désinfectantes se font assez aisément. Mais la continuité de l'écoulement gêne les malades et constitue un inconvénient sérieux. Grognot (1) nous signale un danger de la rupture des kystes dans le vagin, pendant l'accouchement. Si « le kyste vient à se rompre,

(1) Grognot : *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale.* Thèse de Paris, 1877, p. 11.

et que le liquide contenu dans sa cavité ait des propriétés nocives (kystes renfermant des liquides purulents, du sang un peu vieilli, des liquides gélatineux, des corps étrangers) et vienne à être brusquement en contact avec le fœtus, ne peut-on pas prévoir la possibilité de conséquences graves à la suite de cette complication, quand bien même la santé de la mère n'en subirait aucune atteinte sérieuse ? »

Jasinski (obs. 314) nous rapporte qu'un kyste dermoïde s'étant ouvert dans le vagin, un fragment osseux excorïa la joue d'un enfant pendant l'accouchement.

Intestin. — La rupture dans l'intestin présente le grand avantage de rendre l'écoulement intermittent, le liquide étant retenu par le sphincter interne et n'étant évacué qu'au moment des selles. Mais le passage du liquide kystique sur la muqueuse intestinale et rectale détermine de l'entérite et de la rectite accompagnée d'un ténésme très douloureux (Spencer Wells) (1). On a également fait remarquer en faveur de l'ouverture rectale qu'elle ne permet pas, comme les ouvertures cutanée ou vaginaie, l'entrée de l'air dans le kyste ; mais par contre, elle expose à la pénétration dans la cavité des matières fécales et des gaz intestinaux qui sont autrement dangereux que l'air. De plus, si l'orifice siège sur le rectum, il peut encore être possible dans certains cas de pratiquer dans la tumeur des injections désinfectantes ; la chose est impossible si la communication a lieu avec un autre point de l'intestin.

Vessie. — L'évacuation par la vessie, si le liquide est

(1) Spencer Wells : *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*. Traduction Rodet. Paris, 1883, p. 187.

irritant, gélatineux ou purulent, détermine de la cystite, quelquefois de la pyélite. Si le kyste est dermoïde, les corps solides qu'il contient pénétrant dans la cavité vésicale y produisent de la rétention d'urine (Marshall, obs. 340); ils peuvent devenir l'origine de calculs (Larrey, obs. 353). Il est le plus souvent impossible de pratiquer des injections intra-kystiques, bien qu'on puisse quelquefois introduire une sonde dans la tumeur.

Nous avons vu que certains chirurgiens ont cherché à imiter la nature en pratiquant une ouverture du kyste dans le péritoine. On a aussi proposé de créer des ouvertures extra-péritonéales. Nous ne pouvons nous étendre sur cette question que l'on trouvera étudiée dans tous les ouvrages traitant des kystes de l'ovaire, en particulier dans Boinet (1) et dans Gallez (2). Disons seulement que les diverses voies employées sont la paroi abdominale, le vagin, le rectum. Les trompes mêmes ont été utilisées, et Boinet (3), nous rapporte qu'un médecin américain, M. Cartwright, propose le cathétérisme des trompes de Fallope comme mode de traitement des kystes de l'ovaire et prétend avoir guéri par ce procédé un kyste volumineux. Ce que nous avons dit du pronostic de la rupture extra-péritonéale peut faire comprendre le danger de ces modes de traitement.

Les malades guéries par rupture extra-péritonéale, ne sont pas à l'abri des récidives. Boivin (obs. 308), Monro

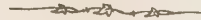
(1) Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*. Paris, 1877.

(2) Gallez : *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1873.

(3) Boinet : *loc. cit.*, p. 440.

(obs. 316) nous en signalent. Une malade d'Hetman (obs. 313) resta guérie pendant neuf ans, puis la tumeur se reproduisit. D'après Black (obs. 254), un kyste se rompit trois fois dans l'intestin à quelques semaines d'intervalle, et d'après Waters (obs. 328), une tumeur s'ouvrit trois fois dans le vagin et dans le rectum. Les ruptures successives sont fréquentes dans les cas d'évacuation par la trompe (Blasius, obs. 305 et 306, Peaslee, obs. 319, Richard, obs. 320, Sachse, obs. 322, West, obs. 330).

Sur 107 cas où nous trouvons des renseignements sur la terminaison de l'accident, nous trouvons 63 guérisons, soit 59 0/0 et 44 morts, soit 41 0/0. La rupture dans les organes génitaux serait la plus favorable, puis viendraient la rupture à l'extérieur, et enfin les ruptures vésicale et intestinale.



CHAPITRE VI

Traitement

Dans la rupture extra-péritonéale, comme dans la rupture intra-péritonéale, le seul traitement rationnel en principe est l'ablation de la tumeur. Elle seule mettra la malade à l'abri des dangers que nous avons signalés : irritation de l'organe communiquant avec le kyste, suppuration de longue durée, septicémie, déplacement des organes abdominaux, récurrence de la tumeur.

Les cas de guérison spontanée par ce mécanisme, les difficultés que l'ovariotomie peut présenter dans ces conditions, pourraient faire rejeter l'opération radicale, et déterminer le chirurgien à se contenter d'un traitement palliatif. Nous allons, comme dans la première partie de ce travail, étudier ce traitement, et nous verrons qu'il est souvent impraticable, presque toujours insuffisant.

Nous y distinguerons deux méthodes : la première consiste à agir sur le kyste en utilisant l'ouverture qui s'est faite spontanément. La deuxième utilise une ouverture nouvelle pratiquée par le chirurgien.

1° *Utilisation de l'ouverture spontanée.* — Il convient de placer le kyste dans des conditions telles que la guérison par suppuration puisse se faire. La première indi-

cation est donc, quand la chose est possible, de faciliter l'écoulement du contenu du kyste. Un drain introduit dans l'orifice le maintiendra ouvert. Une pince, une curette, introduites dans la tumeur, pourront ramener les matières trop compactes pour s'écouler spontanément et les corps solides. Des injections antiseptiques laveront la cavité, dilueront le contenu lorsqu'il sera épais et préviendront la putréfaction du liquide encore renfermé dans le kyste. Bernutz (1) fit, dans un kyste dermoïde qu'il avait ponctionné par le vagin, des injections d'éther pour dissoudre la matière grasse.

Si l'orifice est trop étroit, on pourra l'élargir (Barnes, obs. 217, Moore, obs. 238, Richet, obs. 242, Barnes, obs. 302). Cette dilatation ne devra se faire qu'avec prudence ; dans le cas de Richet, une fissure se produisit dans les adhérences qui entouraient l'orifice et la malade mourut de péritonite.

La poche se vidant convenablement se rétracte, ses parois viennent se mettre au contact les unes des autres. On peut alors favoriser, s'il y a lieu, la formation d'adhérences entre elles, en irritant leur face interne par des injections iodées (Barnes, obs. 302, Krogman, obs. 231), des cautérisations à l'aide d'une solution de nitrate d'argent (Langenbeck) (2), ou en détruisant cette paroi à l'aide d'une curette (Krogman, obs. 231, Olshausen, obs. 240).

C'est là un mode de traitement dont l'emploi pourra être facile quand le kyste sera ouvert à la paroi abdomi-

(1) *Annales de Gynécologie*, 1876 ; — in Mignon : *Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale*. Thèse de Paris, 1878.

(2) Langenbeck : in Mignon : *loc. cit.*

nale ; il sera plus difficile s'il est ouvert dans le vagin. Dans le rectum on comprend qu'il sera encore moins aisé. La présence d'un tube à drainage sera d'abord très mal supportée à cause du ténésme qui en sera la conséquence. Il sera ensuite difficile d'introduire dans la tumeur un instrument rigide tel qu'une pince ou une curette. Les injections antiseptiques elles-mêmes seront difficiles à pratiquer et c'est cependant dans ce cas qu'elles seraient le plus nécessaires. La dilatation de l'anوس et de l'orifice de communication ne facilite pas beaucoup le traitement. Les drains introduits dans la tumeur se coudent et ne fonctionnent pas. Les matières fécales pénètrent dans la tumeur et augmentent les dangers d'infection. En un mot l'intervention par le rectum est à peu près impossible.

Il en est à peu près de même pour la rupture vésicale. Sans doute on a la ressource de dilater l'urèthre pour faciliter l'expulsion du contenu kystique épanché dans la vessie (Olshausen) (1) ; Delpech (obs. 333) incisa la paroi supérieure de l'urèthre pour extraire des corps étrangers de la cavité vésicale ; mais ces opérations exposent la malade à une incontinence d'urine ultérieure ; et elles ne facilitent pas beaucoup l'accès du kyste. Pincus (obs. 344), après avoir dilaté l'urèthre, put drainer et laver la cavité et obtint ainsi une guérison momentanée, mais c'est là une exception, et le plus souvent il est difficile d'agir sur la tumeur par l'urèthre et la vessie.

La taille vaginale et la taille hypogastrique ont été proposées (Hermann) (2). La première est à rejeter parce

(1) Olshausen : *Die Krankheiten der Ovarien*. Stuttgart, 1886, p. 410.

(2) Hermann : *Société obstétricale de Londres*, séance du 7 novembre 1885. — *Archives de tocologie*, 1886, p. 178.

qu'elle donne peu de jour ; la seconde est certainement de beaucoup préférable ; « elle permet de reconnaître l'orifice de l'abcès, d'agir sur sa paroi, de le laver, de le drainer efficacement. » (1). Mais nous retrouvons ici l'inconvénient que nous avons signalé pour les interventions par la voie rectale : en dilatant l'orifice de communication on favorise la pénétration de l'urine dans la cavité kystique, circonstance fâcheuse pour la malade.

Dans un cas d'ouverture doublée à la paroi abdominale et dans la vessie, Larrey (obs. 353) élargit la fistule cutanée, traversa le kyste et débrida la fistule vésicale. Il retira par cette voie un calcul de la vessie. Il plaça alors une sonde à demeure dans la vessie et draina la cavité du kyste par l'orifice cutané. Il obtint ainsi la guérison.

Ajoutons, avant de quitter cette méthode de traitement, que, dans certains cas, le kyste lui-même peut s'engager dans l'orifice et être expulsé. On n'a alors qu'à lier le pédicule et à réséquer la tumeur, après s'être assuré qu'elle ne contient pas de hernie d'un organe abdominal (Bouchacourt, obs. 258, Granville, obs. 226). Hermann (2) nous dit que dans certains cas le chirurgien peut provoquer ce phénomène par de légères tractions, mais que cette intervention n'est pas sans danger.

2° Ouverture chirurgicale. — Quand l'écoulement des liquides intra-kystiques ne se fait pas assez facilement par l'ouverture spontanée, on peut chercher à le faciliter

(1) Delbet : *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 425.

(2) Hermann : *loc. cit.*

en établissant une deuxième voie d'évacuation. Étant donnés les dangers de la perforation rectale, il est évident que cette ouverture chirurgicale ne pourra être établie que dans le vagin ou à la paroi abdominale. L'ouverture vaginale étant déclive nécessite rarement l'établissement d'un deuxième orifice. Quand un kyste s'est ouvert à la paroi abdominale et que l'ouverture est insuffisante, Grognot conseille d'introduire par cette ouverture un trocart et de le faire sortir par le vagin (1).

C'est surtout dans les cas de perforation rectale ou vésicale qu'un pareil moyen serait avantageux pour détourner de l'organe un écoulement qui l'irrite et cause à la malade des souffrances parfois très vives. Delbet nous dit que lorsqu'un abcès pelvien s'évacue dans le rectum ou dans la vessie, il faut, chaque fois qu'on le peut, l'ouvrir par le vagin ou par la paroi abdominale, la persistance d'une fistule stercorale ou urinaire n'étant pas à craindre. L'ouverture vaginale peut s'appliquer aux kystes ovariens lorsqu'on est sûr de trouver la tumeur immédiatement au-dessus du cul-de-sac postérieur. Les précautions à prendre dans ce cas sont les mêmes que lorsqu'on pratique une ponction vaginale sur un kyste non encore ouvert (Olshausen) (2). Mais les difficultés peuvent être plus grandes à cause de la laxité de la paroi qui n'est plus suffisamment tendue par le contenu de la tumeur.

L'ouverture par la paroi abdominale ne pourrait être

(1) Grognot: *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale*. Thèse de Paris, 1877.

(2) Olshausen : *loc. cit.*, p. 223.

pratiquée facilement que dans le cas où on serait sûr de la présence d'adhérences, à cause de l'irruption possible du contenu kystique dans le péritoine. Or, l'existence d'adhérences intimes entre la tumeur et la paroi ne sera jamais suffisamment certaine pour qu'on puisse risquer une telle opération. S'il n'y a pas d'adhérences, on pourrait avoir l'idée d'en faire naître, à condition que la tumeur fût encore assez volumineuse pour être restée en contact avec la paroi abdominale. Mais aucun chirurgien ne consentira à se créer ainsi des difficultés pour une ovariectomie ultérieure. On pourrait aussi songer à ouvrir l'abdomen, à suturer la tumeur à la paroi et à ouvrir ensuite la tumeur, soit immédiatement, soit quelques jours plus tard. Mais agir ainsi de parti pris serait absolument irrationnel. Le chirurgien qui aura ouvert la cavité péritonéale en profitera pour tenter l'extirpation au moins partielle de la tumeur, et il ne se décidera à suturer ainsi à la paroi le kyste tout entier que dans les cas bien rares où il lui sera impossible d'en retrancher aucune partie. Cette opération n'est donc plus l'établissement d'une contre-ouverture, c'est une ovariectomie incomplète et nous l'étudierons plus loin.

Ce mode de traitement palliatif est souvent impraticable ; et quand il est possible de l'employer, à quoi aboutissons-nous ? Nous facilitons l'écoulement du liquide, nous faisons une antiseptie plus ou moins rigoureuse de la poche ouverte. Voilà tout. Quant aux autres dangers qui résultent du volume considérable de la tumeur, de la multiplicité de ses poches, des adhérences qui l'entourent, de la récurrence possible, tous ces traitements palliatifs ne

peuvent rien contre eux. Mieux vaudrait donc les laisser de côté et recourir d'emblée à l'ovariotomie.

Ovariectomie. — L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible après la rupture. Dans certains cas, il est vrai, les conditions peuvent s'améliorer et rendre l'opération plus facile. Black (obs. 254) Millman Coley (obs. 283), Hetman (obs. 313), Monro (obs. 316) nous rapportent des cas où un kyste s'étant vidé dans un organe, l'écoulement cessa au bout de quelque temps, et la tumeur, qui s'était plus ou moins réduite, recommença à se développer. Nous pouvons rapprocher ces faits de ceux que décrit Delbet (1). D'après cet auteur, quand des collections purulentes se sont ouvertes dans le rectum ou dans la vessie, l'orifice peut dans certains cas se refermer momentanément, et il recommande de profiter de cette circonstance pour tenter l'opération, car on pourra alors intervenir sans trouver de communication; « en choisissant bien son moment, on n'a plus à compter avec le rectum. » Si une ovariectomie était faite dans ces conditions on pourrait, soit détacher la tumeur de l'organe sans rouvrir l'orifice, soit laisser une portion de la poche adhérente au point où se trouvait la perforation (Tillaux, obs. 345). Dans les deux cas, l'organe serait séparé de la cavité péritonéale.

Mais ce sont là des exceptions sur lesquelles il serait très imprudent de compter. Il sera préférable de tenter immédiatement l'opération. Certes, les difficultés qu'elle présente peuvent être considérables, mais elles ne sont

(1) Delbet, *loc. cit.*, p. 428.

pas toujours insurmontables. Le but que se proposera le chirurgien sera l'ablation totale de la tumeur et la suture de l'orifice de communication. Si l'ablation totale est impossible, il lui restera la ressource de l'ovariotomie incomplète.

Les kystes ouverts en dehors du péritoine, ayant généralement été le siège d'une inflammation et d'une suppuration, présentent le plus souvent des adhérences étendues. Nous n'avons pas à exposer ici la conduite à suivre pour chaque adhérence; on la trouvera exposée dans tous les ouvrages traitant du manuel opératoire de l'ovariotomie. Nous ne parlerons ici que de l'adhérence au niveau de laquelle existe la perforation.

Si elle siège à la paroi abdominale, on se conduira comme d'habitude, c'est-à-dire qu'on décollera le kyste du péritoine en commençant par un point où les adhérences n'existent pas (Gross) (1). On remontera, s'il le faut, jusqu'à la région épigastrique. Arrivé auprès de la perforation, on la circonscrit par une incision circulaire ou elliptique comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; on continuera alors à détacher les adhérences et on libérera ainsi en même temps que le kyste la fistule entourée d'une collerette de paroi. Ce procédé est applicable quel que soit le point de la paroi où siège l'orifice. S'il siège sur la ligne médiane, à l'ombilic par exemple, comme c'est le cas le plus fréquent, on aura soin en traçant l'incision abdominale de le contourner d'un côté :

(1) Gross, Rohmer et Vautrin : *Pathologie et clinique chirurgicales*, III, Paris, 1893, p. 630.

puis, les adhérences détruites, on fera du côté opposé une incision symétrique à la première. On aura ainsi une légère perte de substance qui ne gênera en rien la réunion. Si la fistule siège en dehors de la ligne médiane, on créera en l'excisant une ouverture distincte de la plaie habituelle de la laparotomie, ouverture qu'il sera facile de refermer. Le reste de l'opération ne présentera rien de spécial.

Dans le cas d'adhérence et de communication avec un organe profond, il sera bon de vider le kyste et d'en laver l'intérieur autant que possible. Cette pratique nous paraît avoir les deux avantages suivants : la paroi étant relâchée et flasque, il sera plus facile de se rendre compte de l'étendue des adhérences. De plus, au moment où on séparera le kyste de l'organe auquel il adhère, on évitera la pénétration dans le péritoine en grande quantité d'un liquide presque toujours septique.

Quelle est alors la ligne de conduite à suivre ? Il est impossible de donner une règle générale. Si les adhérences sont très peu étendues autour de l'orifice de communication, ou si elles sont faciles à détruire, si cet orifice est de petite dimension et facilement accessible, on réséquera la tumeur aussi près que possible de la fistule que l'on refermera ensuite par une suture de la séreuse de l'organe. C'est ce que fit Czerny dans l'observation de Pincus (obs. 344).

Si le kyste s'est ouvert dans la vessie, on pourrait encore imiter la conduite de Reverdin qui, dans un cas de collection purulente communiquant avec la vessie, fit

suivre l'extirpation de la suture de l'orifice vésical à la paroi de l'abdomen (1).

Si l'orifice est trop large ou les adhérences trop étendues, pour qu'on puisse faire une suture séro-séreuse de l'organe, ne pourrait-on pas se servir, pour obturer la communication, d'une portion de la paroi même du kyste ? Au lieu de réséquer la tumeur au ras des adhérences, ne pourrait-on conserver tout autour d'elles une collerette de paroi dont on détruirait la face interne et dont on réunirait la face externe à elle-même par une suture séro-séreuse ? Sans doute la petite portion de kyste ainsi conservée constituerait un petit diverticulum ; mais présenterait-il de grands inconvénients ? D'ailleurs l'étendue des adhérences permettrait dans certains cas d'aviver et de fermer l'orifice de communication, la suture séro-séreuse de la paroi kystique formant suture de protection, de soutien.

L'ablation totale de la tumeur ainsi pratiquée sera, en général, assez facile dans le cas de communication avec l'intestin grêle, avec le gros intestin et avec le sommet de la vessie. Dans les cas d'ouverture dans le rectum, la face postérieure de la vessie, le vagin, les difficultés seront plus grandes à cause de la situation profonde des organes. Le chirurgien cependant ne sera pas désarmé : mais il sera obligé de se contenter de l'ovariotomie incomplète. Après avoir pratiqué l'ablation d'une partie aussi grande que possible de la tumeur, il en suturera le reste à la paroi abdominale ; l'étendue des adhérences l'empêche-t-elle de

(1) Reverdin : *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1888, séance du 26 décembre, p. 1016.

réséquer aucune partie du kyste; il peut encore le suturer à la paroi et l'ouvrir largement. Cameron (obs. 263), Duncan (obs. 337) ont obtenu des guérisons par ce moyen dans deux cas de kystes ouverts, l'un dans l'intestin, l'autre dans la vessie. Nous n'étudierons pas le manuel opératoire de l'ovariotomie incomplète. On le trouvera dans le travail de Braun sur la question (1).

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit plus haut du pronostic de l'ovariotomie incomplète. Sans doute il est grave; mais le chirurgien aura cependant fait une bonne opération, infiniment supérieure au débridement de la fistule ou même à l'établissement d'une contre-ouverture. Le volume de la tumeur aura le plus souvent été réduit au minimum, la tumeur aura été rendue uniloculaire par destruction des cloisons, beaucoup d'adhérences auront été libérées. L'écoulement du liquide kystique se fera facilement par la nouvelle voie que le chirurgien aura créée, il cessera de se faire par la fistule qu'on pourra espérer voir se fermer. La malade se trouvera alors dans les mêmes conditions que dans une ovariectomie incomplète ordinaire et guérira par le même processus.

Ajoutons que ce mode de traitement est applicable aux cas exceptionnels où le kyste s'ouvre à l'extérieur, ailleurs que sur la paroi abdominale (aine, pli génito-crural). L'ovariotomie incomplète et le curettage du trajet fistuleux pourraient avoir d'heureux résultats.

La malade reste évidemment exposée à bien des

(1) Braun: *Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète*. Thèse de Nancy, 1890.

dangers : suppuration de longue durée, septicémie, envahissement des tissus voisins par la dégénérescence néoplasique ; et dans bien des cas l'ovariotomie sera impuissante à sauver la vie de la malade. Il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue le meilleur, nous pouvons dire le seul mode de traitement de la rupture extra-péritonéale.



CONCLUSIONS

La rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire est un accident qui reconnaît pour causes principales les traumatismes, l'exagération de tension intra-kystique, et l'envahissement des parois par les végétations néoplasiques.

Elle est en général assez facile à diagnostiquer.

Si elle peut dans des cas exceptionnels être suivie de la guérison du kyste, il en résulte le plus souvent une péritonite grave, et quelquefois une généralisation au péritoine de la néoplasie ovarienne.

Dans tous les cas de rupture intra-péritonéale, le seul traitement doit être l'ovariotomie immédiate. On prévient ainsi les accidents de péritonite souvent mortels, et on délivrera la malade de son kyste, cause première de tous les dangers, et cela avant l'établissement des adhérences, source de nombreuses difficultés pour une opération ultérieure.

Une toilette attentive du péritoine est nécessaire. Le drainage est inutile.

La rupture extra-péritonéale est le plus souvent spon-

tanée et reconnaît pour cause principale l'inflammation et la suppuration du kyste.

Le diagnostic en est également assez facile.

Dans tous les cas de rupture extra-péritonéale, le seul traitement doit être l'ovariotomie immédiate. Le chirurgien pratiquera, si la chose est possible, l'ablation totale de la tumeur et la suture de la perforation. Si cette opération est impraticable, il se contentera de faire l'ovariotomie incomplète.



OBSERVATIONS

Nous publions d'abord des observations inédites que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs Gross, Spillmann et Vautrin. Nous donnons ensuite une série d'observations que nous avons recueillies dans divers auteurs et journaux. Les travaux de Gallez, de Delbet et de Nepveu, en contiennent un certain nombre d'autres que nous avons cru inutile de reproduire.

I

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Professeur GROSS

Kyste ovarique colloïde. Rupture dans le péritoine. Ovariotomie. Mort. (Observation recueillie par M. Adam, interne du service).

M^{me} C..., âgée de 63 ans, de U., entre au service le 30 avril 1888.

Pas d'antécédents intéressants. Réglée à l'âge de quinze ans, toujours régulièrement. A l'âge de 20 ans, grossesse et couches normales. Ménopause à 52 ans.

Il y a quatre mois, la malade commença à éprouver dans les régions iliaques des douleurs dont l'intensité s'accrut de jour en jour ; en même temps l'abdomen augmenta de volume ; le développement fut rapide ; depuis sept semaines il se faisait à vue d'œil, au dire de la malade.

Etat actuel. — Femme amaigrie, épuisée par les fatigues et les travaux de la campagne. Ventre volumineux, les mensurations donnent : circonférence au niveau de l'ombilic : 84 cent. ; de l'ombilic à la symphyse pubienne : 22 cent. ; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde : 14 cent. ; de l'ombilic à l'épine iliaque droite : 22 cent. ; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche : 24 cent.

A la palpation, on sent une tumeur intra-abdominale dure, rénitente, sans bosselures. Circulation collatérale développée sur la paroi abdominale. Rien de particulier au toucher.

Etat général grave ; l'intervention paraît dangereuse.

Le 10 mai, augmentation rapide de volume ; ballonnement. Constipation ; pas de hoquet, ni de vomissements. On fait une ponction, il ne s'écoule rien ; la canule est obstruée par un liquide épais, gélatineux.

Opération le 14 mai. — Incision médiane de la paroi abdominale s'étendant de l'ombilic à environ trois doigts du pubis. Le péritoine est mince et distendu ; on voit au travers le liquide gélatineux, de sorte qu'il serait facile de le prendre pour la paroi kystique. Le péritoine incisé, il s'écoule un liquide ascitique contenant en suspension une quantité considérable de globes de matière colloïde, excessivement visqueuse et gluante. On découvre un kyste multilobé à paroi très mince, sans adhérences. On ne le ponctionne pas à cause de la minceur des parois qui déchirent à la moindre pression ; on agrandit l'incision abdominale pour dégager le kyste. On constate alors qu'il

présente une large déchirure à la face postérieure. Le pédicule long, étroit, situé à gauche, est lié à l'aide de trois fils enchaînés, puis sectionné.

La toilette du péritoine est très difficile. La cavité abdominale, et particulièrement le petit bassin, sont remplis de masses colloïdes que l'on doit détacher des organes à l'aide de compresses. Un nombre assez notable de globes colloïdes sont répandus au milieu des anses intestinales. Le lavage à l'eau distillée ne les enlève pas. La toilette du péritoine doit rester incomplète. Sutures. — Durée de l'opération : une heure et demie.

La tumeur extirpée est un kyste multiloculaire, mucoïde et colloïde.

Suites de l'opération. — Dans la journée, douleurs, vomissements chloroformiques. Pouls 100, temp. 37°, urines 700 c.c.

15 mai. — L'état général s'altère. La température est à 37°, mais le pouls est plus faible. Vomissements bilieux. Urines, 800 c.c.

16 mai. — Pouls faible, 104. Douleurs. Ni gaz, ni selles. Le soir, vomissement noirâtre, hoquet.

17 mai. — Lavage d'estomac. On retire un liquide noirâtre. Ballonnement du ventre. Vomissements, hoquet. Pouls 104, de plus en plus faible.

La malade meurt dans la nuit, quatre jours après l'opération.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite suppurée.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Professeur GROSS.

Kyste ovarique mucoïde. Rupture dans le péritoine. Ovariectomie. Guérison. Mort par généralisation deux ans plus tard.

Mme M..., de G. (Meuse), 37 ans, mariée, sans enfants. Pas d'antécédents particuliers, ni héréditaires, ni personnels. Réglée à

15 ans, règles irrégulières, douloureuses. Femme délicate, nerveuse, très amaigrie.

Depuis dix-huit mois, augmentation de volume du ventre, diminution des règles. Douleurs abdominales vagues, inappétence; de temps en temps quelques nausées et vomissements. Péritonisme.

Etat actuel. — Ventre proéminent. La malade est si maigre que l'inspection seule permet de délimiter la tumeur qui s'élève jusqu'à la région épigastrique. A la palpation on sent des masses dures, douloureuses en haut et à droite. Le reste de la tumeur est rénitent et fluctuant. Le résultat du toucher est négatif: l'utérus est petit, mobile, les culs-de-sac sont libres.

Opération le 23 mai 1890. — Incision remontant jusqu'à l'ombilic. Légère ascite. Ponction du kyste. On retire cinq litres d'un liquide trouble, foncé. A la partie supérieure de la tumeur, on trouve une masse dure, bosselée. En haut et à gauche, la paroi est éraillée, perforée par des végétations papillaires. On remarque dans le même point un léger suintement. La tumeur ne présente pas d'adhérences et est facilement extraite du ventre. Le pédicule se trouve à gauche; on le lie par deux fils enchaînés. Lavage du péritoine à l'eau distillée stérilisée. Suture: surjet au fil de soie sur le péritoine; points séparés au crin de Florence comprenant les plans musculo-aponévrotiques et les téguments. Pansement compressif: gaze iodoformée, coton salicylé et bandage de corps en flanelle. — Durée de l'opération: trois quarts d'heure.

Ch. C. marqué. Suites de l'opération absolument simples. La température n'a pas dépassé 37°7.

Les règles reviennent pour la première fois au commencement de juillet.

Au mois de février 1892, Mme M... mourait d'une généralisation dans les vertèbres.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur GROSS

Kyste paraovarique. Rupture dans le péritoine. Guérison.
(Observation recueillie par M. Blaise, interne du service).

Mme A. H., de B. (Meuse), âgée de 36 ans, couturière, entre au service de M. le professeur Gross le 16 juin 1891.

Antécédents personnels et héréditaires nuls. Réglée à 14 ans. Les règles sont régulières et durent trois à quatre jours. Légère leucorrhée dans l'intervalle. Mariée à 21 ans. Trois grossesses et accouchements normaux avec suites de couches bonnes. Il y a quatre ans, une quatrième grossesse s'est terminée par l'accouchement à sept mois et demi d'un enfant mort.

Depuis six mois, la malade remarque une augmentation de volume de l'abdomen et éprouve de temps à autre quelques douleurs lancinantes dans le bas-ventre, avec des irradiations vers l'anus. Les règles continuent à être normales. Le médecin de la malade constate l'existence d'une tumeur abdominale augmentant assez rapidement de volume.

Etat actuel. — A son entrée au service, Mme H. présente dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse, s'étendant du pubis à l'ombilic, un peu inclinée vers le côté droit, régulièrement ovoïde, mate à la percussion, rénitente. On ne constate pas de fluctuation nette. La tumeur paraît mobile. Pas de gêne de circulation des parois abdominales. Au toucher, on sent un col ferme, irrégulièrement déchiré. Dans le cul-de-sac antérieur on atteint la tumeur; les autres culs-de-sac sont libres. La tumeur semble en connexion avec l'utérus qui est peu mobile. L'hystérométrie indique que la cavité utérine a une longueur normale. On conclut à l'existence d'un *kyste ovarique*.

Dans la nuit du 20 au 21 juin, la malade éprouva de légères douleurs dans le bas-ventre, auxquelles elle prêta peu d'attention. Pas de malaise, pas de tendance à la syncope.

Le 21 au matin, elle s'aperçut que la tumeur avait disparu ; dans la journée elle sortit en ville.

Le 22, M. le professeur Gross examina la malade et constata également la disparition de la tumeur. Pas de signes d'épanchement dans le ventre, un peu de ballonnement. La malade n'avait présenté ni polyurie, ni diarrhée, ni écoulement d'aucune sorte par le vagin, ni séreux, ni sanguin. Rien de particulier les jours suivants.

La malade sortit de l'hôpital le 27 juin 1891. Le 1^{er} mars 1892, elle fut revue en bonne santé, la tumeur ne s'était pas reproduite.

La rupture fut expliquée par l'augmentation rapide de volume et la distension de la poche, peut-être par l'exploration chirurgicale. Il s'agissait sans doute d'un kyste paraovarique, vu la connexion apparente que la tumeur avait présentée avec l'utérus et le manque absolu de phénomènes d'irritation péritonéale consécutivement à la rupture de la tumeur.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur Gross

Epithélioma mucoïde de l'ovaire. Rupture dans le péritoine. Ovariectomie. Guérison. (Observation recueillie par M. Wilhelm, interne du service).

Mme P., de G... (Meuse), âgée de 34 ans, entre au service de M. le professeur Gross le 7 novembre 1891. C'est une femme sans antécédents particuliers, réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans, elle a eu un enfant qui est mort au bout d'un an.

L'affection qui l'amène à la clinique a débuté au mois de janvier 1891. La malade a remarqué à cette époque une augmentation de volume du ventre avec diminution des règles.

A son entrée à l'hôpital, on constate que le ventre est volumineux et renferme une grosse tumeur fluctuante, avec lobes durs dans le flanc gauche et à droite vers le foie. Quelques douleurs à gauche. Au

toucher, l'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres. L'état général est bon.

DIAGNOSTIC : *Kyste ovarique multiloculaire.*

10 novembre. — Epoque menstruelle, qui fait retarder l'opération.

18 novembre. — A sept heures du matin, la malade est prise subitement d'une douleur vive dans le flanc gauche, douleur qui se généralise rapidement à tout l'abdomen. Augmentation de volume du ventre qui devient dur, tendu, douloureux. Pouls 100, temp. 38°5.

Agitation, anxiété, inappétence absolue ; la malade refuse toute nourriture, elle ne prend rien, pas même de boissons. Dans la journée survient du hoquet, mais il n'y a pas de vomissements ; pas de selles. Le soir, pouls 120, temp. 39°4. La malade passe la nuit sans sommeil, tantôt assise, tantôt à genoux dans son lit, tant les douleurs deviennent violentes. Prescriptions : Sirop de chloral, injection hypodermique de morphine.

Le 19, l'état général est considérablement changé ; les traits sont tirés, le facies grippé, les douleurs sont persistantes, le ventre volumineux, douloureux à la pression, les urines rares, chargées. Constipation ; ni gaz, ni selles, malgré les lavements. La malade ne peut absolument rien prendre ; hoquet, nausées. Pouls 100, temp. 38°6. Lavement de chloral, injection de morphine, glace.

DIAGNOSTIC : *Eraillure et rupture du kyste. Péritonite partielle.*

Le soir, temp. 38°4, pouls 100. La nuit, insomnie.

Le 20, légère amélioration, les douleurs sont calmées le matin, mais elles reviennent l'après-midi ; la malade refuse même la glace. Temp. 38°3 le matin, 38°5 le soir. Pouls 100 le matin, 120 le soir.

Le 21, la légère amélioration observée la veille semble se maintenir ; le ventre est toujours volumineux et douloureux. Quelques nausées, hoquet. Temp. 37°8, pouls 100, le matin.

Le soir, les douleurs redeviennent plus vives ; hoquet, vomissements. Temp. 38°8, pouls 126.

DIAGNOSTIC : *Péritonite en voie de généralisation.*

Nuit mauvaise, injection hypodermique de morphine pendant la nuit.

Le 22, même état, température 38°8. On décide l'ovariotomie, qui n'a pu être pratiquée plus tôt pour cause d'absence forcée du chef de service.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane du pubis à l'ombilic. Péritoine épaissi, saignant. Epanchement d'une certaine quantité de liquide séreux, légèrement trouble dans le péritoine. Le kyste n'est pas adhérent à la paroi antérieure. Ponction de la tumeur. On retire 9 litres d'un liquide brunâtre, visqueux. Dégagement du kyste. A droite on trouve des adhérences épiploïques qui sont facilement détachées et ne nécessitent pas l'application de ligatures. A gauche on constate l'existence d'un lobe volumineux, dur, éraillé et ulcéré en arrière, et laissant suinter un liquide puriforme dont une certaine quantité était épanchée entre la paroi du kyste et la paroi abdominale adhérentes l'une à l'autre en ce point. Au même niveau, le péritoine pariétal est recouvert d'une sorte de fausse membrane puriforme que l'on détache à l'aide d'une compresse. La manœuvre détermine une légère hémorrhagie qu'on arrive à arrêter par la compression. A droite, le kyste présente un autre lobe, dur, saillant, dont la surface présente le même aspect que le lobe du côté gauche, avec amincissement et menace d'éraillure de la paroi. Vers la fosse iliaque gauche, la tumeur est adhérente au méso-côlon iliaque dont il faut la détacher. Large pédicule à gauche. Ligature par quatre fils enchaînés. Section du pédicule. Lavage soigné à l'eau distillée stérilisée. Suture du péritoine, des plans musculo-aponévrotiques et de la peau. Pansement compressif avec gaze iodoformée, coton hydrophile et bandage de flanelle. — Durée de l'opération : une heure et quart.

Examen de la tumeur. — Le kyste est un épithélioma mucoïde dont la partie solide pèse 2 kil. 300. Il contenait encore 2 litres de liquide, qui, ajoutés aux 9 litres retirés par la ponction, donnent un

total de 11 litres. Il porte de chaque côté, à droite et à gauche, une tumeur secondaire, irrégulière, lobulée ; celle de droite présente une paroi amincie, éraillée ; celle de gauche est déchirée, la déchirure s'est agrandie pendant l'extraction de la tumeur. La face interne de la paroi kystique présente un aspect végétant, elle est recouverte d'une couche de liquide visqueux. La face interne des deux tumeurs secondaires présente le même aspect.

Suites de l'opération. — Délire jusqu'à 3 heures de l'après-midi. Faiblesse considérable, hoquet, vomissements. La malade refuse tout, même la glace. Lavement alimentaire. Température 38°, pouls 92. Injection hypodermique de morphine.

Le 23, même état. Urines 300 c. c. Lavements alimentaires.

Le 24, temp. 39° ; le péritonisme persiste ; mais le pouls est descendu à 88. Urines 800 c. c. La malade ne peut toujours rien prendre. Lavements alimentaires. Injection de morphine.

Le 25, diarrhée, selles involontaires, fétides. On fait prendre à la malade 0 gr. 50 de sous-nitrate de bismuth, mais elle le vomit. Lavement de naphtol. Nuit assez bonne.

Le 26, la malade prend et conserve un peu de bouillon, mais elle vomit le vin. La glace n'est plus vomie. Lavement de naphtol.

Le 27, la diarrhée cesse.

Le 28, la malade urine spontanément, elle ne vomit plus.

Le 29, il survient une parotidite droite.

Le 30, la malade commence à s'alimenter.

Amélioration rapide les jours suivants.

Le 7 décembre, on retire les fils de suture.

La malade se lève le 20 décembre et sort de l'hôpital le 7 janvier 1892.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur GROSS.

Rupture d'un kyste colloïde multiloculaire. Ovariectomie, guérison.

Mme O., de N..., âgée de 51 ans, mariée, bonne santé habituelle, présente un certain embonpoint. Pas d'antécédents particuliers, pas de maladie antérieure. Réglée à 12 ans, toujours régulièrement, peu abondamment (1 à 2 jours), la malade a eu un enfant.

Depuis deux ans, les règles de la malade sont irrégulières, ne reparaissent que quatre à cinq fois par an, mais plus abondamment qu'autrefois (3 à 4 jours). Depuis la même époque l'abdomen augmente de volume; pas de douleur, aucun phénomène particulier.

État actuel. — L'abdomen est volumineux, globuleux. La mensuration donne les dimensions suivantes : Circonférence au niveau de l'ombilic, 110 cent. ; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 21 cent. ; de l'ombilic à la symphyse pubienne, 20 cent. ; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 28 cent. ; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 30 cent.

A la palpation on constate l'existence dans l'abdomen d'une tumeur ovoïde, régulière, facile à délimiter, dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt et plongeant dans le petit bassin. On y remarque une lobulation en haut et à droite. Consistance ferme, pas de fluctuation. Aucune douleur. La tumeur est mobile quand la paroi abdominale est bien relâchée. Au toucher on constate que le col a sa direction normale, que l'utérus paraît mobile sur la tumeur que l'on sent dans le cul-de-sac antérieur. L'hystérométrie ne donne que des résultats négatifs. État général satisfaisant. — *Diagnostic.* On hésite entre un fibrome sous-péritonéal et un kyste dermoïde (en raison de la consistance).

Opération le 8 mars 1893. — Incision médiane de la paroi abdominale, de l'ombilic au pubis. Le péritoine ouvert, il s'écoule de la sérosité mêlée de globules colloïdes de la grosseur d'une noisette. On ponctionne la tumeur, les parois en sont tellement minces que le trocart les déchire. Le liquide est d'ailleurs si épais qu'il est impossible de l'aspirer. Ne pouvant diminuer le volume de la tumeur, on est obligé de prolonger l'incision jusqu'au delà des limites supérieures du kyste. On découvre alors une rupture à la face antérieure du kyste, en haut et un peu à gauche. La tumeur est extraite rapidement et sans grandes

difficultés. Quelques adhérences épiploïques en haut et à droite sont déchirées, ou liées et sectionnées. On trouve une deuxième déchirure en arrière et en bas. Le pédicule assez long et étroit est à droite. On y place deux pinces, on le sectionne et on le lie par deux fils enchaînés. Toilette soignée du péritoine. On fait passer dans la cavité abdominale plusieurs litres d'eau distillée stérilisée. On enlève avec une compresse, non sans peine, les masses colloïdes épanchées dans la cavité abdominale, dans le petit bassin et entre les anses intestinales. Surjet au fil de soie sur le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques; points séparés au crin de Florence sur la peau. Pansement : gaze iodoformée, coton hydrophile, bandage de corps en flanelle.

Examen de la tumeur. — La tumeur se compose d'une agglomération de petits kystes colloïdes à parois très minces, se déchirant au moindre contact. En arrière et en bas se trouve un lobe du volume d'une orange contenant une matière grasse et des cheveux. La tumeur avec son contenu pèse 4700 grammes. L'orifice antérieur est irrégulier, déchiqueté, à bords très minces. Son diamètre est à peu près celui d'une pièce de cinq francs. Des masses colloïdes y sont engagées et se continuent avec les masses encore contenues dans la tumeur. L'orifice postérieur, plus petit, présente les mêmes caractères.

Les *suites de l'opération* furent très simples et ne présentèrent rien de particulier. Le premier jour, la malade eut quelques vomissements chloroformiques. Temp. 38°3 le soir. Les jours suivants, la température ne dépassa pas 37°7 le soir. La malade quitta l'hôpital, le 6 avril 1893, guérie.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VAUTRIN.

« *Kyste de l'ovaire rompu dans l'abdomen. Ovariectomie.*
Mort.

En mars 1888, une malade de 62 ans m'est adressée par un

confrère pour être opérée d'une tumeur abdominale, dont le développement avait pris depuis quelque temps de grandes proportions. Ce confrère, qui suivait la malade depuis longtemps, et l'avait engagée souvent à recourir à la chirurgie, avait remarqué qu'elle portait un kyste de l'ovaire dont le volume était resté stationnaire pendant plusieurs années. Depuis deux ans environ, la tumeur avait pris un grand accroissement, au point d'empêcher Mme X... de se livrer à ses occupations à la campagne. La santé s'était maintenue à peu près satisfaisante. Mais, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, Mme X... avait éprouvé, en faisant un mouvement dans son lit, une vive douleur dans le côté droit du ventre, douleur qui dura, en s'apaisant peu à peu, toute une journée. Les jours suivants la malade remarqua que l'abdomen se ballonnait de plus en plus, et chaque fois qu'elle faisait un mouvement des douleurs la rappelaient à l'immobilité. Elle garda le lit pendant douze jours, puis voyant le ventre se tuméfier et s'œdématier, remarquant que les douleurs s'accroissaient en intensité, et que la diarrhée persistait depuis plusieurs jours, elle se décida à venir demander l'opération.

Lorsque j'examinai cette femme, je constatai l'existence d'un œdème épais de la paroi qui empêchait de délimiter la tumeur que le médecin m'assurait être un kyste ovarique. Au toucher, je trouvai l'utérus rejeté en arrière du pubis et invariablement fixé dans cette position par une tumeur située en arrière et sur les côtés et dont le lobe inférieur remplissait le bassin. Comme la malade s'affaiblissait, perdait son appétit et qu'elle était décidée à l'opération, je me mis en mesure de la pratiquer.

Opération. — Je fis cette opération avec l'assistance de M. le professeur Gross. Après incision de la paroi sur une hauteur de 20 centimètres, j'arrive sur une tumeur kystique adhérente à la paroi sur toute la longueur de l'incision. La partie supérieure du kyste forme cependant une poche flasque et apparemment vide de liquide. C'est par là que je commence le décollement qui s'accomplit sans perte de

sang bien appréciable. Arrivé aux limites supérieures des adhérences pariétales, je remarque que la cavité péritonéale est remplie d'un liquide épais, gluant, qui agglutinait les anses intestinales et s'était répandu en tous les points de la cavité abdominale. Ce liquide gélatineux était rassemblé en quantité considérable en arrière de la tumeur et dans les flancs. Il portait en suspension une multitude de grains de fibrine concrétée, ressemblant à des grains de riz. Ces petites concrétions, dispersées sur le péritoine pariétal et sur les anses intestinales, le foie, la rate et l'estomac, rendaient la toilette d'autant plus difficile que le liquide épanché n'était nullement miscible à l'eau et qu'il ne pouvait imprégner les compresses avec lesquelles je voulus étancher l'abdomen. Par la pression de la tumeur, de nouvelles quantités de ce liquide s'écoulaient dans le ventre à la faveur d'une déchirure siégeant sur le sommet de la grande poche kystique qui formait le dôme de la tumeur. Je mis une pince sur cette ouverture, et comme le kyste portait sur sa surface de nombreuses végétations très friables et saignantes que l'introduction des mains éraillait à chaque instant, je résolus de protéger l'abdomen et l'intestin par un plan de compresses limitant le champ opératoire de l'ablation du kyste. Ce dernier ne pouvait être pédiculisé ; il était adhérent non seulement à tous les organes du bassin qu'il remplissait aussi exactement qu'une bonde remplit l'ouverture d'un tonneau, mais il avait aussi contracté des adhérences avec l'S iliaque, le cœcum et les fosses iliaques. Les moindres efforts de décollement amenaient des déchirures vasculaires et la rupture de nouvelles cavités kystiques. Par des ponctions successives dont le nombre m'échappe, je pus vider à peu près entièrement la tumeur du liquide qu'elle contenait et je continuai tant bien que mal une décortication pénible jusque dans le bassin, dans les fosses iliaques et jusqu'aux ligaments infiltrés. Je plaçai une ligature sur le pédicule comprenant l'utérus, les ligaments et la partie inférieure du néoplasme. Je fis au-dessus du lien la section des parties étreintes avec l'intention d'amener le pédicule dans la plaie.

Je complétois ensuite la toilette de la cavité abdominale par un lavage à l'eau distillée, me servant de la main pour évacuer le liquide qui remplissait tous les culs-de-sac du péritoine. Mais en raison de la durée de l'opération qui s'était prolongée durant deux longues heures, et de l'état général de la malade, je dus renoncer à enlever tous les débris fibrineux qui recouvraient les anses intestinales et même les dernières parties du liquide qui occupaient les cavités sous-hépatiques et sous-diaphragmatiques. Je fermai le ventre en laissant un tube de caoutchouc au-dessous du pédicule qui fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie.

Le soir même, la malade sembla se relever du choc opératoire, mais le lendemain les vomissements apparurent avec du météorisme, et la malade succomba le deuxième jour de l'opération sans grandes souffrances.

Il s'agissait bien dans ce cas d'un kyste rompu depuis quinze jours environ dans le ventre, ainsi que les symptômes accusés par la malade en font foi. Ce qui le prouve encore, ce sont les douleurs et l'aggravation de la maladie depuis le moment de la rupture, l'œdème de la paroi abdominale et la diffusion du liquide dans tous les points de l'abdomen. Mais en raison de l'adhérence de la poche à la paroi, l'évacuation du liquide n'a dû se faire que d'une façon intermittente, peu à peu et par petites quantités à la fois. »

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le Professeur GROSS

Kyste ovarique colloïde. Rupture dans l'intestin. Guérison.

Mme X..., 30 ans, de S., mariée, toujours bien réglée, de bonne santé habituelle.

La malade dit avoir été traitée autrefois pour une affection des ovaires. Elle est prise subitement, au mois d'avril 1890, de douleur vive dans la partie inférieure de l'abdomen, d'inappétence, de constipation

et de péritonisme. Au toucher on sent dans le cul-de-sac vaginal postérieur une masse dure refoulant l'utérus en avant.

Au bout de quelques jours, ténesme rectal, puis expulsion par le rectum d'un liquide visqueux, clair, ressemblant à du blanc d'œuf, puis de masses colloïdes. Ces évacuations se répétèrent plusieurs fois par jour, en assez grande abondance, pendant une dizaine de jours. La tumeur disparut.

Au bout d'une quinzaine de jours, tout phénomène pathologique avait disparu, et la malade pouvait se lever et reprendre ses occupations.

Deux ans après, la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur GROSS

Kyste ovarique. Rupture dans le vagin. Septicémie. Mort.

Femme de 60 ans, portant une tumeur abdominale ancienne, volumineuse. Etat général bon.

Subitement la malade fut prise d'un écoulement de plusieurs litres d'un liquide séro-purulent par le vagin. Cet écoulement dura plusieurs jours. On ne constata pas d'orifice dans le vagin par le toucher.

La malade refusa toute intervention. Infection de la poche kystique, septicémie aiguë, mort quelques jours après.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le Professeur SPILLMANN

Kyste ovarique. Fièvre typhoïde. Rupture du kyste dans l'intestin. Guérison. (Observation recueillie par M. de Langenhagen, interne du service).

Mme A..., 28 ans, de N..., giletière.

La malade porte un kyste qui paraît s'être développé, d'après les commémoratifs, pendant une grossesse. Accouchement le 22 juillet 1886.

Le 6 novembre la malade entre au service de M. le professeur Spillmann, atteinte d'un fièvre typhoïde datant d'environ huit jours. Alternatives de constipation et de diarrhée fétide.

Le 28 novembre, l'état général s'était amélioré, phlébite de la jambe gauche.

Dans les premiers jours de décembre, douleurs assez vives au niveau du kyste.

Le 10 décembre, la malade commença à présenter une diarrhée très liquide, jaunâtre, fétide. L'abdomen diminue de volume.

Le 17, l'abdomen a encore diminué, il persiste à droite et un peu au-dessous de l'ombilic une tuméfaction arrondie de la grosseur d'un œuf, douloureuse.

Le 20, le kyste, qui les jours précédents n'était presque plus perceptible à la palpation, augmente de nouveau de volume. Les selles examinées au microscope ne contiennent pas de pus.

Le 22, la diarrhée persiste, mais moins abondante et moins liquide.

Le 24, augmentation de volume du kyste.

Le 27, la diarrhée redevient très abondante. La tumeur s'affaisse. On perçoit du clapotement dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites. La diarrhée est accompagnée de coliques violentes. Vomissements bilieux fréquents. Pas de vomissements alimentaires.

Sous l'influence de cette diarrhée, le kyste finit par disparaître. On ne percevait plus à la palpation que des brides semblant indiquer la région au niveau de laquelle s'était établie la communication. La malade sortit de l'hôpital le 21 janvier 1887, guérie de sa fièvre typhoïde et de son kyste. En 1892 elle était bien portante et avait eu depuis sa fièvre typhoïde trois grossesses.

II

RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES

1. ADDISON. — In Barnes : *Traité des maladies des femmes*, 1876, p. 288. — La malade portait une tumeur abdominale, et à la suite d'un coup elle fut atteinte de péritonite dont elle guérit. Le ventre resta volumineux, mais aplati et élargi et non plus proéminent. Elle mourut quelque temps après, et à l'autopsie on trouva un kyste présentant une ouverture cicatrisée de 20 centimètres de longueur.

2. ARONSON. — *Zur Ruptur, Vereiterung und Axendrehung von Ovarialcysten*. Dissert. Zurich, 1883 ; in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1883, II. — Aronson cite quatre cas de rupture. Trois cas guérissent par l'ovariotomie ; un cas guérit spontanément.

3. ATLEE. — In Le Bec : *Des suites éloignées de l'ovariotomie* : — *Archives générales de médecine*, 1882, 2, p. 49. — Demoiselle de 18 ans ; rupture du kyste et péritonite. Ovariectomie double un an après.

4. AVELING. — *Société anglaise de gynécologie*. Séance du 25 novembre 1885. — *Archives de tocologie*, 30 janvier 1886, p. 82. — Kyste ovarien rompu pendant l'exploration. Extraction, guérison.

5. BACHER. — *Recherches sur les hydropisies*, Paris, 1776, p. 352. — In Mme Waite : *Contribution à l'étude de la rupture des*

kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1883, p. 138. — « Une femme de 24 ans, d'un tempérament sanguin et vif, éprouva des malaises et des faiblesses dans le temps de ses règles ; depuis il survint des fleurs blanches. Peu après, on aperçut une tumeur au bas-ventre, qu'on prit d'abord pour une grossesse, mais les symptômes qui suivirent cette tumeur détruisirent l'illusion. Les parties supérieures maigriront à mesure que l'enflure du ventre augmenta ; les urines devinrent rares, le sommeil agité, et il survint fréquemment des mouvements convulsifs. On employa les martiaux, les antiscorbutiques, et les hydragogues. Et comme le mal empira et que l'étouffement était considérable, on fit la ponction par laquelle on retira quinze pintes d'eau de bonne qualité. On ne put reconnaître aucune tumeur après la paracentèse.

On ne différa point à revenir aux premiers remèdes, et, trois mois après, à une seconde ponction, qui fut en peu de temps suivie d'un nouvel épanchement. Les règles reparaissaient dans leur temps, mais elles devenaient blanchâtres et visqueuses. Il survint des vomissements et les mouvements convulsifs se rapprochèrent ; le poulx était tendu, et les urines rares et briquetées.

Consulté dans cet état, j'ai conseillé le petit lait, les eaux de Bus-sang, la limonade et des bouillons de veau préparés avec le jus d'une orange et XII grains de sel d'absinthe, des lavements et surtout d'éviter l'usage des remèdes actifs. Ce régime indiqué diminua les accidents, l'appétit revint, le cours des urines se rétablit, et les mouvements convulsifs étaient rares et très légers. L'enflure fit des progrès plus lents ; le volume du ventre était cependant parvenu à ce degré qui déterminait la ponction, lorsque cette dame fit une chute violente sur l'escalier ; elle tomba sur son ventre ; mais d'ailleurs elle ne ressentit aucun mal que celui de la frayeur. Le lendemain de cette chute, il survint un flux d'urine presque continuel ; le surlendemain il se modéra, mais il fut toujours abondant. L'enflure disparut bien sensiblement.

Le quatrième jour de cette chute, il survint de la fièvre ; cependant l'enflure diminua, de manière qu'elle se dissipa entièrement, et depuis elle n'a pas reparu.

C'est ainsi que la chute, en procurant la rupture du kyste, a déterminé, par la voie des urines, l'évacuation des eaux épanchées, et que, par l'inflammation, la suppuration et la réunion des parois du kyste, qui ont suivi cet accident, il a disposé et déterminé la guérison de cette hydropisie que l'art n'aurait jamais osé tenter. »

6. BAILLY. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1854, 29^e année, p. 152. — Femme, 18 ans, présentant une tumeur dans la fosse iliaque gauche depuis trois ans. On fait une ponction et on retire 2 litres de liquide gélatineux. Un mois et demi après, le 26 avril 1854, la malade rentre à Necker avec des symptômes cholériques. Guérison en huit jours. Le 7 mai, douleur vive dans le flanc gauche, pouls petit, hoquet, vomissements. Amélioration, puis aggravation et mort le 16 mai. — Péritonite généralisée. L'abdomen contient un litre de liquide analogue au liquide de ponction. Une perforation spontanée s'était faite à la partie postérieure du kyste.

7. BARNES. — *Loc. cit.*, p. 287. — Barnes nous rapporte l'observation d'une femme qui descendait en ascenseur; la machine se brisa et le plancher descendit subitement de plusieurs pieds. La tumeur se rompit, la malade rendit plusieurs litres d'eau et guérit.

8. BARNES. — *Lancet*, 1861, II, 3 avril, p. 105. — 42 ans. Grossesse de cinq mois. Coup de pied d'un enfant sur le ventre. La malade ressentit immédiatement de légères douleurs. Dix-huit jours après, douleurs vives, fièvre, vomissements, mort. — Kyste multiloculaire rompu.

9. BARSTCHER (d'Osnabrück). — *Ueber Hydrops Ovarii*; — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1855, Bd 6, Ht 5, p. 347. — Femme Christopher, 30 ans, bien constituée, mère de cinq enfants; remarqua, il y a huit mois, une tuméfaction dans l'abdomen, tuméfaction qui d'abord latérale devint médiane il y a trois mois, et qui augmenta rapidement. Le 15 avril, la malade éprouva tout à coup des douleurs très violentes dans l'abdomen, avec

alternatives de froid et de chaud, et accompagnées d'abord de syncopes, puis de convulsions. La malade, l'entourage et même le médecin crurent à un accouchement prématuré. Barstcher fut appelé; il accourut et arriva quelques instants avant la mort. Les cris et les gémissements de la malade s'entendaient de loin; les mains devinrent raides, le pouls filiforme; le ventre ne pouvait supporter aucun contact. De nouvelles convulsions survinrent et la malade mourut. L'abdomen contenait une grande quantité de sérum floconneux teinté de sang; le péritoine était très injecté; la tumeur pâle, bosselée, présentait une ouverture irrégulière. La paroi du kyste était épaissie en certains points par des dépôts de fibrine.

10. BARTH. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1856, 31^e année, p. 171. — Femme, 37 ans, atteinte de kyste ovarique, affirmant ne pas être enceinte. Le 10 mars, Barth enfonça un trocart au-dessus du pubis et le fit ressortir à 10 cent. au-dessus. Il passa un tube à drainage par lequel on fit des injections. Amélioration. Deux mois après, la malade impatiente arracha le tube et sortit de l'hôpital. Le 27 mai, elle vint se présenter à la consultation dans un état alarmant, mais refusa d'entrer à l'hôpital et s'en retourna chez elle à Neuilly. Le soir du même jour elle revint et entra. Le lendemain matin à 4 heures, elle accoucha d'un fœtus mort de six à sept mois, et mourut de péritonite dans la soirée. — L'abdomen contenait un liquide purulent; le kyste était rompu dans sa partie supérieure sur une longueur de 15 millimètres.

11. BATEMAN. — *Lancet*, 1869, II, 18 septembre, p. 400. — Femme de 36 ans, mère de huit enfants. Le 23 juillet, Bateman constata une grossesse d'environ trois mois, une tumeur de l'ovaire droit, de l'ascite. Cette tumeur avait été constatée à l'âge de 20 ans et avait progressé peu à peu sans déterminer d'accident. Il y a quinze jours seulement, était survenue subitement de la douleur abdominale avec fièvre. Bateman supposa que l'ascite provenait d'une rupture qui s'était faite dans le kyste quinze jours auparavant, au

moment du début des douleurs. Spencer Wells, appelé en consultation confirma le diagnostic. L'état général étant grave, on se décida à tenter l'opération. Le péritoine était injecté, la tumeur avait quelques adhérences à l'épiploon. Le pédicule fut pris dans un clamp. Toilette du péritoine. Le clamp fut retiré le vingtième jour. Guérison. La grossesse continua son cours jusqu'au terme normal.

12. BAUDELLOCQUE. — *L'art des accouchements*, Paris, 1796, p. 375. In Kœberlé : *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud), t. 25, 1879. — Baudelocque prit un kyste dermoïde pour une exostose syphilitique du sacrum, mais il reconnut ensuite que la tumeur était mobile, et il fit la version. Le kyste se rompit dans l'abdomen pendant les efforts de traction et la malade succomba.

13. JEAN BAUHIN. — Joh. Schenk. *Obs. med.*, lib. IV, obs. 116, Frib. Brisg., 1596, t. 4, p. 212 ; in Lebert : *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*. — *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852, p. 203 ; — in Cousin : *Du développement des tumeurs de l'ovaire et en particulier des kystes dermoïdes*. Thèse de Paris 1877, p. 49. — En 1578, Bauhin, faisant l'autopsie médico-légale d'une femme morte subitement, trouva une grande tumeur de l'ovaire droit qui renfermait des poils, de la graisse et du pus, et qui s'était ouverte dans le péritoine.

14. BEAUDRIMONT. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1878, n° 1 ; in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1878, II. — Rupture d'un kyste, collapsus, guérison ; plus tard développement rapide. Ovariectomie, guérison.

15. BEAUMONT. — *Guy's Hospital Reports* ; — in Tilt : *On a new plan of treating ovarian dropsy* : *Lancet*, 1848, II, page 145. — Chute d'échelle, syncope, polyurie pendant quatre ou cinq jours. Guérison. Mort deux ans après, de maladie inconnue.

16. LE BEC. — *Loc. cit.*, p. 663. — 35 ans ; rupture d'un kyste, péritonite, guérison. Récidive au bout de deux ans. Opération, ovariectomie double, guérison.

17. BEGBIE. — *Lancet*, 1844 ; — in Treille : *Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique*. Thèse de Paris, 1873, p. 29. — Rupture d'un kyste pendant l'accouchement. Guérison.

18. BEZENCENET. — *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1869 ; — in *Union médicale*, 1874, 4 juillet, p. 22. — Un kyste, ponctionné trois ou quatre fois, guérit complètement à la suite d'un coup de pied que le mari en état d'ivresse lança à sa femme. Péritonite et guérison.

19. BLUFF. — *L'Expérience*, février 1838, n° 25, p. 361 ; — in Magnus Hüß : *Archives générales de médecine*, 1857, II, 5^e série, t. 10, p. 1. — 52 ans. La tumeur creva dans le péritoine sans cause extérieure ; guérison. Le liquide se reproduisit, la tumeur arriva au volume d'un utérus à terme, et creva de nouveau ; la malade mourut.

20. BLUNDELL. — *Lectures on Midwifery*, London, 1832 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 145. — Chute de voiture sur un tas de pierres, guérison.

21. BOECHAT. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1871 ; — in Sébilleau : *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme*. Thèse de Paris, 1889. — Kyste multiple de l'ovaire gauche. La malade mourut d'éclampsie pendant le travail. Un kyste s'était rompu à la partie supérieure et son contenu athéromateux s'était répandu dans le péritoine.

22. E. BÖCKEL. — *Des kystes ménorrhagiques, nouvelle variété de kystes ovariens*. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1861, n° 5, p. 79. — Demoiselle de 28 ans. Tumeur rénitente, bosselée, de la grosseur d'une tête d'adulte, occupant le côté gauche, remontant à deux doigts au-dessus de l'ombilic. Au mois d'août 1859, une ponction donne un quart de litre de liquide poisseux, couleur

chocolat. Injection iodée. Récidive. Le 28 septembre, nouvelle ponction : 1 litre 1/2 du même liquide. Nouvelle injection iodée. Au mois de décembre on constate un deuxième kyste à droite. Plusieurs ponctions furent encore faites dans chacun des deux kystes. Le 8 octobre 1860, on fit involontairement pénétrer de l'air dans le kyste de gauche. Les jours suivants, accès fébriles ; le kyste gauche se remplit rapidement. Dans la partie supérieure, sonorité tympanique : nausées, vomissements, fièvre. Par une ponction, on donne issue à des gaz fétides et à un liquide trouble ; un tube en caoutchouc est laissé à demeure, lavages à l'eau iodée. Quinze jours après, le tube est retiré, et on s'aperçoit que l'extrémité est brisée et restée dans l'intérieur. Le 8 novembre, le kyste est fixé à la paroi abdominale, incisé et drainé à l'aide de tubes en caoutchouc. Le 15 novembre, le tube en caoutchouc est remplacé par une sonde en gomme. Le lendemain, péritonité qui enlève la malade en six jours. — A l'autopsie, on trouve dans la tumeur de gauche, vis-à-vis de l'incision une perforation due sans doute à la pression de la sonde en gomme, et plusieurs autres orifices.

23. BOINET. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, V. Séance du 8 octobre, p. 750. — Un kyste de 25 litres environ fut rompu par un coup de pied reçu dans une querelle. La malade eut une péritonite intense. Au cinquième ou sixième jour, tous les accidents disparurent ; les urines devinrent très abondantes. La guérison s'est maintenue depuis quinze ans.

24. BOIVIN et DUGÈS. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1833, I, p. 113. — Roteleur, 50 ans, se plaignit tout à coup de violentes douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, et mourut. — A l'autopsie on trouva un liquide sanguinolent dans le péritoine. Un kyste volumineux de l'ovaire gauche présentait des traces de rupture récente.

25. BONFILS. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1843,

t. 9, 8^e année, p. 192. — Mme A... Un matin en se levant, sensation de rupture, douleur vive, vomissements, syncope. Le ventre est aplati, la tumeur a disparu. Récidive. Le kyste ayant atteint un volume égal aux deux tiers du volume antérieur se rompt une seconde fois : les accidents furent moins graves. La rupture se reproduisit plusieurs fois, la gravité des accidents fut toujours moindre. Finalement la malade guérit. Il resta une tumeur dure dans la fosse iliaque.

26. BERNER. — *Zur Spontanruptur der Ovarialcysten*. Mittheilung des Vereines der Aerzte in Steiermark, 1882. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1883, II. — Berner a observé quatre ruptures spontanées chez une femme de 72 ans, sans altération de l'état général.

27. BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, 1831, VIII, p. 144. — Demoiselle de 42 ans, portant un kyste depuis huit ans. Une nuit « la malade fut réveillée à différentes reprises par le besoin d'uriner, et chaque fois elle rendit une quantité considérable d'urine. Le lendemain et les jours suivants, les urines continuèrent à être extrêmement abondantes, et au bout de huit jours le ventre fut entièrement affaissé. » Au bout de trois ans et demi, il se remplit de nouveau ; la malade fut ponctionnée six fois en neuf mois, et mourut. Boyer considère cette guérison comme un cas de résorption qui est, dit-il, sinon impossible, du moins très rare.

28. BRIGHT. — *Guy's Hospital Reports*, avril 1838. — *Archives générales de médecine*, 1838, 3^e série, t. 3, p. 225. — Jeanne Read, 42 ans, porte une tumeur abdominale depuis longtemps. Sept jours après son entrée à l'hôpital, étant sur son séant depuis quelques heures, elle éprouva une sensation particulière, comme si ses intestins se retournaient, et elle mourut subitement. — A l'autopsie, le péritoine contenait un liquide incolore, visqueux. Le kyste, né dans le ligament large, occupait toute la partie inférieure de

l'abdomen. La paroi d'épaisseur variable était rompue en un point mince.

29. BUCKHAM. — *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1879, XII, p. 326 ; — in Mme Waite : *loc. cit.*, p. 40. — Chute, coup sur le côté contre le marche-pied d'une voiture. La malade remarqua immédiatement un changement de position du kyste et conclut à sa rupture. Opération trois jours après : tumeur multiloculaire pesant 29 livres ; substance colloïde dans le péritoine. Lavage à l'eau phéniquée à 99° Fahrenheit. L'orifice de rupture était au-dessous du point contus et ecchymosé.

30. CAHEN. — *Jahresbericht*, 1870, p. 576 ; — in Grognot : *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale*. Thèse de Paris, 1877. — Rupture. Ponction. Guérison.

31. CALLANAN. — *Lancet*, 1886, II, 9 octobre, p. 672. — Marie C..., 29 ans, entrée à l'hôpital « Mater Misericordiæ », à Dublin, le 21 mai 1885, souffrant d'une tumeur ovarique qui minait sa santé depuis plusieurs mois. Le diagnostic était : tumeur multiloculaire à parois minces. La période menstruelle étant proche, on décida de remettre l'opération au 15 juin, et on administra des toniques pour augmenter les forces de la malade. Le 9 juin, elle était levée et se promenait dans la salle, quand elle se plaignit d'une vive douleur dans l'abdomen. Elle se coucha. Quelques heures après, la douleur fut suivie d'une diarrhée incessante et d'une diurèse profuse, qui dura quatre jours. On ne trouvait plus de trace de tumeur. La malade quitta l'hôpital le 16 juillet, guérie.

32. CAMUS. — *Revue médicale*, novembre 1844 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 178. — Femme de 45 ans, souffrant d'un kyste de l'ovaire droit depuis deux ans et demi. Le 17 janvier 1844, la tumeur devint douloureuse ; en même temps la malade éprouva des frissons, de la fièvre. Le 19, la douleur devint subitement très vive ; frissons, nau-

sées, vomissements, pouls à 126, coliques, face anxieuse. L'abdomen était aplati ; à la percussion on obtenait de la sonorité sur la ligne médiane près de l'ombilic et de la matité dans les flancs ; la fluctuation était devenue très manifeste. Le kyste s'était évidemment rompu. La péritonite se termina favorablement dans l'espace de deux ou trois jours. Le 22 et le 23 janvier, polyurie considérable. Le 1^{er} février, on ne percevait plus de liquide dans l'abdomen, qui avait repris un volume à peu près normal. La tumeur ne tarda pas à se remplir, et atteignit bientôt un volume supérieur à celui qu'il avait avant la rupture. Le 17 juillet, la malade fut prise d'une douleur et des mêmes phénomènes que la première fois, mais à un moindre degré. Quatre mois et demi après, le kyste était de nouveau rempli. Une troisième rupture eut lieu ; mais les accidents furent encore moins graves que la deuxième fois.

33. CARESME. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1864, p. 529. — Femme, 27 ans, six enfants. Il y a six semaines, pendant ses règles, sans cause connue, elle éprouva des douleurs, des coliques utérines ; depuis cette époque, pertes continuelles, douleurs lombaires ; troubles de la miction et de la défécation. Le 22 juillet, sans cause apparente, elle fut prise de frissons, de vomissements, de péritonite, et elle mourut le jour même. Le péritoine contenait un litre de sang. Dans le petit bassin, entre le rectum et l'utérus, se trouvaient environ 400 grammes de caillots mous, noirs. L'ovaire droit présentait un kyste rempli de sang, communiquant avec une hématocele par un orifice de 1 centimètre de diamètre, situé sur sa face postérieure.

34. CARTER. — *Lancet*, 1883, I, p. 1038. — 32 ans, mariée, cinq enfants. La tumeur existe depuis six mois. Rupture probablement antérieure à l'entrée à l'hôpital. Etat général mauvais. Opération le 19 juin 1879. Le péritoine contenait une grande quantité de liquide colloïde ; la tumeur, développée dans l'ovaire gauche, présentait un grand nombre de petits kystes et un grand qui était rompu. Drainage abdominal, pendant neuf jours. Guérison. Au mois d'octobre 1882, on

constate l'existence d'une nouvelle tumeur. Opération le 30 novembre. Kyste de l'ovaire droit. L'abdomen contient du liquide colloïde. Drainage pendant cinq jours. Guérison.

35. CARTER. — *Loc. cit.* — 60 ans, célibataire. Tumeur depuis un an. Tout à coup, douleur, fièvre, prolapsus utérin. Opération, novembre 1881. Le péritoine contenait de la matière colloïde. Guérison. Carter considère le prolapsus utérin comme un effet de la rupture.

36. CAVASSE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1856, 2^e série, t. I, 31^e année, p. 356. — Femme de 32 ans, sans enfants. Hôpital de la Pitié. Ponction et injection iodée en mars 1855. En 1856 des ponctions sont faites le 9 juillet et le 5 août ; on retire du pus. Les jours suivants, douleurs vives, nausées. Mort le 13 août. — A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen du pus et des fausses membranes. Le kyste, développé dans l'ovaire droit, avait le volume d'une tête d'adulte ; la paroi avait une épaisseur d'un centimètre. Vers la ligne médiane on voyait deux poches du volume d'une orange ; l'une des poches était ouverte ; l'orifice avait des bords noirâtres, déchiquetés, gangréneux.

37. CHADWICK. — *Med. and surg. reports of the Boston City Hospital*, II ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1877, II. — Kyste ovarique ; plusieurs ponctions donnant issue, les premières à de la sérosité claire, les dernières à du pus. Mort par rupture. La paroi kystique présentait une ulcération étendue.

38. CHAMBERS. — *Lancet*, 1877, I, 20 janvier, p. 108. — Chambers relate un cas d'ovariotomie compliquée par la rupture de l'une des poches antérieurement à l'opération et par la rupture de l'intestin sur une longueur de deux pouces, rupture produite accidentellement par la séparation d'une large adhérence de l'intestin avec le kyste. Guérison.

39. CHROBACK. — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1869, Bd 34, Ht 3, p. 231. — A la clinique d'Oppolzer

à Vienne, mourut une malade d'une péritonite à début et à marche brusques. — A l'autopsie on trouva un petit kyste ovarique à parois minces du volume d'une noisette. Il présentait un orifice de la dimension d'un grain de millet.

40. CLAY. — *Medic. Times*, 1859, juillet ; — in Treille, *loc. cit.*, p. 22. — Rupture spontanée d'un kyste pendant la grossesse. Guérison.

41. CLEEMAN. — *Transact. Soc. Obst. Philadelphie*, séance du 6 juin 1878 ; — *Amer. Journ. of Obst.*, XII, p. 179 ; — in M^{me} Waite, *loc. cit.* — Victoria U., 26 ans. Neuf jours après son entrée à l'hôpital elle tomba dans le collapsus. Trois jours après elle mourut. — Le péritoine contenait un demi-litre de pus fétide. Le kyste, formé dans l'ovaire gauche, portait un orifice de la dimension du trou fait par une épingle. La tumeur était uniloculaire, les parois étaient d'épaisseur variable, très minces en certains points.

42. CROME (de Brooklyn). — *American medical Monthly*, 1861 ; — in Lawson Tait : *Traité des maladies des ovaires*, 1886, p. 380. — Une malade enceinte et atteinte d'un petit kyste fut prise de douleurs violentes 24 heures avant le travail. Elle mourut le cinquième jour de péritonite. On trouva le kyste rompu et gangrené. Le pédicule était tordu.

43. CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1856, III, p. 437. — Quesnel Antoinette, 48 ans, fut prise de frissons, de vomissements ; respiration anxieuse, pouls petit, facies altéré. Mort neuf jours après. — Le kyste était rompu à sa partie supérieure.

44. DANCE. — *Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes* ; — *Archives générales de médecine*, 1829, t. 21, p. 214. — Jeune fille de 19 ans, pâle, lymphatique ; entre à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre 1826. Le ventre s'est tuméfié il y a quatre mois en commençant par la région iliaque gauche. Le 7 et le 8 octobre douleur dans la fosse iliaque gauche. Le 10 le ventre devient subite-

ment douloureux, et très sensible à la moindre pression ; nausées, vomissements, anxiété. Mort le 11 octobre. — Autopsie. Péritonite. Liquide inodore, opaque, dans l'abdomen. Du côté gauche on trouve une grande poche à moitié affaissée ; vers la partie moyenne de la face antérieure se trouve une ouverture circulaire de 4 lignes de diamètre. La tumeur se compose de plusieurs loges inégales. Celle qui était ouverte était la plus grande ; elle contenait un liquide épais, bourbeux ; une autre poche contenait un liquide séreux, une autre un liquide noir, une autre encore un liquide gélatineux.

45. DANVILLE. — *Gaz. med. Londres*, 1842 ; — in Laskowski : *Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1867. — Chute, rupture, pincement de l'intestin dans l'orifice, mort en 7 heures.

46. DELPECH. — *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1828, II, p. 173. — Demoiselle, 20 ans. Le 28 décembre 1811, en faisant un mouvement brusque dans son lit, elle éprouva une douleur à l'épigastre ; syncope ; puis vomissements, pouls petit, fréquent, fluctuation plus nette. La péritonite guérit, mais il resta une ascite qui épuisa la malade. — A l'autopsie on trouva un kyste de l'ovaire gauche mêlé de corps cancéreux.

47. DELPECH. — *Loc. cit.*, p. 177. — Mme V... Tumeur de l'ovaire gauche. Subitement douleur, syncope, péritonite. Un an après, mêmes accidents. Il resta de l'ascite.

48. DETTWILLER. — *Rust's krit. Repertorium* ; in Treille : *loc. cit.*, p. 36. — Rupture d'un kyste dermoïde onze jours après la délivrance. Mort.

49. DISSE. — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1860, Bd 15, Ht. 3, p. 185. — Une malade se remit après l'éclatement de son kyste ; le liquide passa avec l'urine. Au bout de quelques années, la tumeur creva de nouveau, cette seconde rupture fut vérifiée à l'autopsie. L'accident fut suivi d'une constipa-

tion opiniâtre, puis il se produisit un écoulement aqueux abondant par le rectum; en deux jours, la malade rendit vingt-cinq litres de liquide. Quand cet écoulement s'arrêta il se produisit une diurèse abondante. Pendant cinq jours la malade urina onze litres par jour; elle mourut d'épuisement.

50. DONAT. — *Centralbl. für Gynæk*, 1886; in Sébileau, *loc. cit.*
— Kyste perforé : péritoine contenant des masses gélatineuses. On ne dit pas si la malade guérit.

51. DOUTRELEPONT. — *Niederrheinische Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Bonn*. Séance du 16 janvier 1882. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883, n° 22, 28 mai. — Demoiselle de 37 ans, délicate, maigre, nerveuse, hémophile. Opération le 18 novembre 1881. Au moment d'inciser le péritoine, on ne sentit plus le kyste. La percussion ne donna plus de matité, mais la sonorité intestinale dans tout l'hypogastre. Le kyste avait dû se rompre, et la rupture avait dû avoir lieu pendant que la malade se rendait à la salle d'opération ou pendant l'anesthésie. La malade n'avait rien ressenti. La poche rompue avait des parois minces. En un point particulièrement mince, elle présentait deux petites ouvertures. Hémorrhagie sur la ligne de suture environ un mois après l'opération. Guérison.

52. — DUFAY (de Mont-de-Marsan). — *Académie de médecine*, Séance du 11 décembre 1827; *Archives générales de médecine*, 1828, t. 16, p. 103. — Femme portant depuis neuf mois une tumeur abdominale, indolente, de la grosseur d'une tête d'enfant. A la suite d'un effort musculaire, cette tumeur se rompit. Péritonite grave. La malade guérit, mais la tumeur se reproduisit.

53. DUFAY (de Blois). — Boinet : *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*, 1877, p. 346. — Jeune femme de 18 ans; vif désir de devenir enceinte. Après un an de mariage, augmentation de volume du ventre, signes de grossesse. Au bout de neuf mois, douleurs expulsives pendant deux jours. Quelques jours après,

chute dans la rue. Une heure après l'accident, le médecin trouva le ventre moins tendu, fluctuant, non douloureux, sonore à sa partie supérieure, mat à la partie inférieure, Les purgatifs et les diurétiques amenèrent la disparition rapide de la sérosité épanchée. Dufay croit à l'existence d'un kyste qui fut rompu par la chute ; Boinet croit à une grossesse nerveuse.

54. MATHEWS DUNCAN. — *Clinical lectures on the diseases of women*, leçon 28 ; in Mme Waite, *loc. cit.* — Une malade mourut de septicémie. A l'autopsie on trouva un orifice du diamètre d'une pièce de deux francs dans un kyste, en rapport avec un abcès intra-péritonéal limité par des adhérences solides.

55. EDWARDS (de Malte). — *Lancet*, 1861, II, 5 octobre, p. 336. — J. R., 24 ans, accouche facilement, à 7 mois, le 5 août 1861. Dans la soirée du 6, douleur, tympanite. Le 7, pouls faible à 130, constipation, refroidissement des extrémités. Mort le 8 au matin. On trouva une tumeur de couleur pourpre, livide, couverte de plaques de sang extravasé. Il y avait également du sang dans le péritoine. L'ovaire droit était aplati contre la tumeur. Le kyste présentait en avant, en bas et à droite, une large et deux petites ruptures. La plus grande avait un pouce et demi de long. Le pédicule était tordu d'un tour et demi.

56. EMMET. — *La pratique des maladies des femmes*, 1887, p. 697. — Mme L..., 33 ans, atteinte de kyste ovarique. Le 11 octobre 1868, la malade s'étant proménée en voiture tomba dans le collapsus. Polyurie pendant plusieurs jours, puis ascite qui fut ponctionnée quatre mois après. Le 25 octobre 1869, elle fut opérée. Le péritoine était enflammé et contenait une quantité considérable de liquide. Un trocart de Wells fut introduit dans la tumeur, mais il ne s'écoula aucun liquide avant qu'on eût malaxé le contenu colloïde et analogue à de la gelée ; le liquide qui s'écoula alors changeait d'aspect à mesure qu'on ponctionnait un kyste après l'autre. Guérison.

57. ENGER. — *Rheinische Monatsschrift*, 1849 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 22. — Rupture du kyste dans deux grossesses.

58. FISCHER. — *Centralb. für Gynæk.*, 1882, p. 255 ; — in Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrégation, 1886, p. 93. — 32 ans, huitième grossesse, kyste ovarique plongeant en arrière du col. Accouchement impossible. Pendant une contraction, la tumeur se rompit ; l'accouchement se fit. Le liquide parut ne pas se résorber.

59. FOULIS. — *Edinburgh med. journ.*, t. 20, p. 839 ; — in Mme Waite : *loc. cit.*, p. 63. — Tumeur abdominale entourée de liquide ascitique. Ce liquide, retiré par une ponction et examiné, contient des amas de cellules épithéliales en voie de prolifération. Opération. Plusieurs petits kystes sont rupturés. D'autres kystes non rompus contiennent de grandes cellules épithéliales.

60. FRÆNKEL. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1883, n^{os} 28 et 30 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1883, II. — Frænkel cite deux cas de kystes dermoïdes opérés par Billroth. Dans les deux cas, les kystes s'étaient rompus et les éléments dermoïdes s'étaient greffés et développés sur le péritoine. Mort.

61. GAILLARD THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1879. — Deux ruptures suivies de péritonite mortelle.

62. — GAIRDNER. — *British med. journal*, 1876 ; — in Lesavre, *Contribution à l'étude des kystes paraovariques*. Thèse de Paris, 1879, p. 31. — Kyste volumineux, disparut subitement, en produisant une sensation d'épanchement de liquide dans l'abdomen. Résorption rapide, pas d'inflammation. Mort seize mois après. — On trouva un kyste paraovarique, flasque, complètement vide. « Gonflé, il atteignait le volume d'une tête de fœtus ; mais l'état plissé de sa paroi indiquait évidemment qu'à une autre époque, ses dimensions avaient été beaucoup plus considérables ».

63. GAITSKILL. — In Blundell : *Lectures on Midwifery*, Lon-

don, 1832 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 145. — Chute. Guérison momentanée.

64. GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1886, p. 412. — Une malade présentait deux tumeurs, une de chaque côté ; la tumeur de droite portait en haut et en arrière une protubérance demi-sphérique du volume d'une demi-orange très fluctuante. Subitement, douleurs intenses du côté droit. Apyrexie, douleurs excessives, nausées, angoisse extrême, face grippée, ventre tendu, ballonné, douloureux. Collodion riciné, glace, calomel et opium. Amélioration le lendemain. Le surlendemain, on constata un épanchement dans le péritoine ; la tumeur de gauche ne s'était pas modifiée ; à droite la protubérance hémisphérique avait disparu. — Six mois auparavant, la malade avait vu disparaître une tumeur située au même point avec les mêmes symptômes.

65. GAUTHIER. — *Union médicale*, 1856, p. 556 ; — in Grognot : *loc. cit.* — Rupture. Compresses d'arnica, pilules purgatives et diurétiques. Guérison.

66. LAWRIE GENTLES (de Derby). — In Mme Waite : *loc. cit.*, p. 105. — Femme 60 ans, plusieurs ponctions. Chute sur un meuble, légère tendance à la syncope. Le lendemain, bonne santé ; le surlendemain, frissons, douleur dans l'abdomen. Dix ou douze jours après, polyurie considérable qui dura huit jours. L'abdomen devint très petit. Un an après, nouvelle augmentation de volume, opération, guérison.

67. GIBSON. — *American Journal*, XXVIII, p. 269 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 22. — Kyste rompu pendant la grossesse.

68. GOODELL. — *Société obstétricale de Philadelphie*, séance du 3 février 1881 ; — *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1881, t. 14, p. 681 ; — in Mme Waite : *loc. cit.*, p. 30. — 46 ans, le kyste se rompit quatre fois. La première rupture eut lieu au moment où la malade se baissait pour soulever un objet un peu lourd. Disparition de la tumeur, douleurs, polyurie pendant plusieurs jours. Plusieurs ponctions. Ovario-

tomie : légère adhérence à l'épiploon, liquide limpide. Guérison. — Le kyste était sans doute paraovarique sans qu'on puisse l'affirmer.

69. GOODELL. — *Tr. amer. gyn. Soc.*, VI, 1882; — in Olshausen: *Die Krankheiten der Ovarien*, 1886, p. 116. — Deux cas de rupture de kystes paraovariques suivis de mort.

70. GOSSELIN. — *France médicale*, 29 juillet 1874; — *Revue de Hayem*, 1875, p. 165. — « Il s'agit dans cette observation d'une malade qui fut atteinte d'épanchement intra-péritonéal à la suite d'une ponction qui fut pratiquée sur un kyste multiloculaire de l'ovaire. On était porté à attribuer la péritonite au liquide du kyste ponctionné, qui, sortant au travers de l'ouverture pratiquée par la ponction, serait tombé dans le péritoine; mais l'autopsie démontra que cet orifice était oblitéré, et que l'épanchement était dû à la rupture spontanée d'une autre poche du même kyste. »

71. GOYRAUD. — In Tilt, *loc. cit.*, p. 179. — Symptômes d'étranglement intestinal. Mort. — Autopsie : kyste rompu.

72. GUÉRARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1847, 21 août, n° 99, p. 419. — Ch., 34 ans; une ponction; au moment de faire une deuxième ponction, chute, douleur vive. Le lendemain péritonite. Mort deux jours après l'accident.

73. HARDY. — *Lancet*, 1845, I, 5 avril, p. 381. — Femme, 27 ans, enceinte pour la première fois et à terme; dystocie. Hardy trouva dans le cul-de-sac postérieur une tumeur qu'il parvint à réduire au-dessus de la tête fœtale (août 1843). Deuxième accouchement le 19 octobre 1844. Environ quarante heures après, la malade commença à se plaindre de douleurs dans l'hypochondre gauche; constipation, tympanite, pouls fréquent. Après une légère amélioration, la malade fut prise de vomissements bilieux. Cet état se prolongea en s'aggravant jusqu'au 2 novembre, jour où la mort survint (quatorze jours et demi après l'accouchement). — On trouva dans l'hypochondre gauche une grande tumeur fixée à l'ovaire gauche par un long pédicule. Sur les

anses intestinales on trouvait des amas de matière caséuse, dont les dimensions variaient de celles d'un grain de chènevis à celles d'une petite noisette. La tumeur, qui était rompue, contenait cette matière caséuse, avec du sang, du pus et quelques cheveux. Une anse intestinale était enroulée autour du pédicule et complètement étranglée.

74. — BIRD HERAPATH. — *Archives générales de médecine*, 1849, 4^e série, t. 20. — Femme, 23 ans, accouche prématurément d'un enfant mort au mois de mars 1847. Une quinzaine de jours après elle aperçut une tumeur du volume d'une orange occupant la fosse iliaque droite. Cette tumeur augmenta lentement et devint douloureuse. Il y a onze semaines, la malade fit une chute. Syncope, vomissements ; symptômes d'affaiblissement général. Les accidents aigus disparurent rapidement ; mais il persista de l'ascite, des douleurs. L'ascite se résorba lentement et fut remplacée par de l'œdème des extrémités inférieures. Quand Herapath vit la malade, il la trouva dans un état de faiblesse extrême ; œdème jusqu'à la région lombaire ; ventre très sensible ; matité dans les régions pubienne et iliaque droite ; pouls 164, presque imperceptible, face anxieuse, évacuations alvines involontaires, fétides. Mort deux jours après. La paroi abdominale et les intestins étaient liés entre eux par des adhérences noirâtres et gangréneuses. En un point de l'abdomen, une cavité circonscrite par des adhérences contenait un liquide séro-purulent. Du côté droit, se trouvait un kyste contenant également un liquide séro-purulent, de la matière grasse et des cheveux. Il présentait à la partie supérieure une déchirure de $\frac{3}{4}$ de pouce de longueur.

75. CARSON HIRSCH. — *Provinc. Journal*, III, 1846 ; in Treille : *loc. cit.*, p. 22. Rupture dans deux grossesses, sans autre accident.

76. HOFMEIER. — *Manuel de gynécologie opératoire*, 1889, p. 339. — « Dans un cas de torsion où le pédicule était assez gros et court, et qui s'était produit probablement par suite d'un examen gynécologique, j'ai pu constater la rupture d'une tumeur énorme gorgée de sang avec épanchement considérable de sang dans l'abdomen. »

77. HOFMEIER. — *Loc. cit.*, p. 348. — « J'ai vu deux fois, par suite de rupture, la mort survenir pendant l'accouchement. »

78. HOWITZ. — *Hosp. Tidende*, R. 2, Bd 2 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1875, II. — Sur 25 cas, Howitz a trouvé 4 fois une communication entre le kyste et la cavité abdominale. Il nous raconta le cas suivant. Chez une jeune fille, il avait diagnostiqué une tumeur ovarique par l'exploration de Simon. Il se décida à faire une ponction. Le trocart ne pénétrant pas facilement, et la malade étant indocile, on remit la ponction au lendemain. Le lendemain la tumeur avait disparu. La malade eut pendant plusieurs jours une forte diurèse.

79. HUNTER. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, t. 14, p. 874 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — La tumeur disparut quelques jours avant la date fixée pour l'opération. L'opération fut faite. Kyste assez épais, déchirure de 7 centimètres en un point assez mince. Liquide épais. Pas de péritonite. Guérison.

80. MAGNUS HÜSS — *Loc. cit.* — 50 ans ; étant montée sur un cheval ombrageux, la malade fut désarçonnée et lancée le ventre contre une borne. Sensation de rupture dans l'estomac, évanouissement. Péritonite violente qui maintint la malade alitée pendant six semaines. Guérison.

81. VON JAKSCH. — *Ueber die klinische Bedeutung der Peptonurie* ; — *Zeitschrift für klinische Medizin*, 1883, t. 6, p. 413 ; — in Wassermann : *De la peptonurie et sur quelques points de la physiologie des peptones*. Thèse de Paris, 1885. — Kyste datant de plus d'un an. Le volume diminua subitement. Peptonurie. Von Jaksch diagnostiqua : rupture d'un kyste purulent. Le diagnostic fut confirmé à l'autopsie.

82. — JENKINS. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, t. 14, p. 874 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Un kyste se rompit cinquante fois en quinze ans.

83. JENKINS. — *Amer Journ. of Obstet.*; in Hue : *Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1883. — Une enfant de 3 à 4 mois eut une péritonite aiguë, par suite de rupture d'un kyste de l'ovaire.

84. JOBERT (de Lamballe). — *Comptes-rendus des séances et Mémoires de la Société de Biologie*, 1^{re} série, t. 4, 1852. — Marquaille, 42 ans, journalière, entre à l'hôpital le 4 mai 1852. Bonne santé jusqu'à 40 ans. A partir de cette époque, pertes abondantes, douleurs dans l'hypochondre et la région inguinale du côté droit. A l'entrée de la malade on constate l'existence au-dessus du pubis d'une tumeur pyriforme, mate, inégale, du volume d'un utérus au quatrième mois. A gauche, au-dessus de l'arcade de Fallope, seconde tumeur, mate, fluctuante. Par le col utérin intact s'écoulent du sang et du pus. Diagnostic ; cancer du col et tumeur des annexes. L'état s'aggrave, les douleurs deviennent plus vives ; la tumeur des annexes augmente rapidement ; le 23 mai elle s'affaisse ; péritonite, mort dans la journée. — Autopsie. Péritonite générale. La tumeur médiane est le corps utérin. La tumeur latérale est un kyste ovarique gauche, multiloculaire, fortement adhérent à la partie postérieure de la matrice. Le plus élevé des kystes, devenu purulent, s'est rompu à sa partie supérieure, et l'épanchement du contenu a été la cause de la péritonite. La matrice est le siège d'une infiltration cancéreuse. En certains points le produit morbide s'est aggloméré en petits foyers ramollis dont l'un communique avec le kyste ovarique rompu, un autre avec une veine utérine dans laquelle se prolonge le tissu cancéreux.

85. KEITH. — *Lancet*, 1877, I, 10 mars, p. 340. — Jeune femme, kyste à développement rapide, tendu, souvent douloureux. L'opération dut être remise à cause des règles. Les règles terminées, la malade alla se promener par un temps froid, s'égara dans les rues et rentra fatiguée. Elle eut des frissons, quelques douleurs. L'opération fut fixée au 4 novembre. Le matin de ce jour, on constata que le frottement qu'on percevait auparavant avait disparu. La percussion de l'épigastre

donnait de la sonorité, alors que la veille il n'y en avait pas. Une heure après, la rupture était encore plus nette. Une ponction donna issue à une pinte d'un liquide noir, épais. En retirant l'aiguille, on vit jaillir du liquide péritonéal : il était plus fluide, mais de même couleur. On se décida à attendre, espérant que le liquide se résorberait et que l'opération serait plus facile dans une semaine ou deux. La journée et la nuit furent assez bonnes ; mais le lendemain, 30 heures après la rupture, la température était à 106 (41°1), le pouls à 130, la respiration à 32. Vomissements. Le cinquième jour, on ne sentait plus de liquide dans l'abdomen, mais on en percevait encore dans le cul-de-sac de Douglas. Le neuvième jour, la tumeur était de nouveau tendue à l'épigastre. Par aspiration, on retira 20 onces d'un liquide épais et sanguinolent. Le lendemain vomissements ; dans la soirée, sonorité tympanique dans une petite étendue près de l'ombilic. Le 15 novembre, température 103,5 (39°7), pouls 122, très faible ; l'abdomen était plus tendu, la zone tympanique plus large. Œdème du pied et de la jambe droites. Opération. La tumeur était recouverte d'un exsudat épais, récent. Des adhérences anciennes et fortes l'unissaient à l'épiploon, au mésentère, aux intestins. Au moment où on introduisit le trocart dans la tumeur, un flot d'air putride s'en échappa. La base de la tumeur recouvrait une collection enkystée du bassin qui se rompit au moment où l'opérateur sortit le kyste de l'abdomen. Le liquide contenu dans la cavité péritonéale fut épongé ; l'épiploon déchiré fut lié en cinq parties ; le cul-de-sac de Douglas fut lavé avec une solution phéniquée. Un drain en verre fut placé au-dessus du clamp. L'opération avait duré une heure et demie. Du liquide sanguinolent sortit par le tube pendant la première journée. Guérison.

Keith relate encore deux cas de rupture de kystes suppurés. Dans les deux cas, l'ovariotomie fut faite trois semaines après la rupture. Dans un cas on trouva une collection enkystée dans le bassin.

86. KIDD. — *Dublin Journ. of med. Science* ; décembre 1876 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1876, II. — Rupture d'un

kyste chez une femme enceinte de cinq mois. Opération, par Spencer Wells. Péritonite récente. Pédicule intra-abdominal. Quelques heures après l'opération, avortement. Plus tard de grandes quantités de liquide s'écoulèrent par la plaie, et la malade mourut d'affaiblissement le huitième jour.

87. KIWISCH — *Klinische Vorträge*, t. II, p. 86 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 53. — « Rupture d'un kyste dermoïde pendant les tractions opérées avec le forceps. La mère mourut de péritonite. Sort de l'enfant inconnu. »

88. KOCHER. — *Bericht über eine dritte Serie von 5 Ovariomien. Correspondenzbl. der Schweizer Aerzte*, 1877, n° 1 ; in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1877, II. — Ovariectomie après rupture. Guérison.

89. KÖBERLÉ. — *Gazette des hôpitaux*, 1869, 12 juin, n° 67, p. 262. — Mme A., 28 ans ; grossesse normale en 1865. En 1867, développement du ventre, apparition d'une hernie ombilicale. Opération le 24 septembre 1868. Du péritoine s'écoulent 600 grammes de liquide épais, mêlé de cheveux. Une loge présentait une ouverture de 3 à 4 millimètres dans laquelle étaient engagés des cheveux. La rupture s'était faite sans symptômes. Les organes étaient recouverts de fausses membranes, vascularisées. Toilette soigneuse ; guérison.

90. KÖHLER. — *Collège médical de Vienne*, séance du 7 novembre, 1892 ; — *Médecine moderne*, 1892, 19 novembre. — Femme de 30 ans. Tumeur du volume d'une tête d'enfant. Chute, rupture. Collapsus, pouls filiforme ; matité de la région hypogastrique. Opération ; guérison.

91. KORN. — *Centrabl. für Gynæk.*, 1885, n° 52 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1885, II. — Extirpation d'un myxo-sarcome de l'ovaire gauche. Cinq ans après, rupture d'un kyste ovarique droit. Péritonite. Opération : l'abdomen contient des masses muqueuses ; drainage vaginal. Guérison.

92. KRYZAN. — *Dissert. inaug.*, Halle, 1875 ; in Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, 1881. — 36 ans ; rupture spontanée, guérison. La malade mourut à une deuxième rupture. C'était un kyste du ligament large déchiré au niveau d'une adhérence splénique.

93. KUSTNER. — *Centralblatt. für Gynækologie*, 1884, n° 47 ; in Lair : *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine*. Thèse de Lyon, 1892, p. 35. — Femme atteinte de kyste de l'ovaire ; vomissements, anorexie, gonflement de l'abdomen. Diagnostique : rupture du kyste. Peptonurie, urines rares. Opération le 30 juillet 1884. Kyste de l'ovaire gauche contenant un liquide couleur chocolat et des caillots sanguins ; un liquide de même nature se trouvait répandu dans le péritoine. Trois jours après l'opération, les urines ne contenaient plus de peptones.

94. LAENNEC. — *Revue médicale*, IV, 1828 ; — in Lair : *loc. cit.*, p. 35. — Rupture ; salivation abondante ; guérison.

95. LAGNEAU. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1843, t. 9, 8^e année, p. 200. — Rupture d'un kyste, sueurs abondantes, guérison.

96. LAMBERT. — *Lancet*, 1879, II, 29 novembre, p. 795. — 50 ans. Rupture au mois d'août 1869. Collapsus. Anasarque. Polyurie. En quatre jours, la malade évacua 65 pintes de liquide. De 1870 à 1877, la malade éprouva 34 ruptures. Les symptômes étaient toujours les mêmes. Ovariectomie le 1^{er} octobre 1878. Adhérences nombreuses, mais lâches. Guérison.

97. LANELONGUE. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1888, p. 563. — 43 ans ; tumeur que, d'après la plupart des symptômes, Lanelongue considère comme paraovarique. Des ponctions donnèrent issue à un liquide vert et visqueux. Un matin on constata « que la poche s'était affaissée et que les signes d'un épanchement péritonéal avaient brusquement remplacé ceux du kyste. Dans la nuit, celui-ci

s'était rompu et avait versé son contenu dans le péritoine. Aucune réaction, aucun vomissement, aucune douleur ne suivirent cette rupture, le liquide se résorba progressivement et aujourd'hui, plus de six mois après, la guérison s'est maintenue. »

98. LAROYENNE. — *Lyon Médical*, 1882, avril, t. 39, p. 635. — Marie M., 49 ans. Augmentation rapide du volume du ventre depuis un an. Depuis dix-huit mois, douleurs abdominales, d'abord intermittentes, puis constantes depuis trois mois et très vives depuis huit jours. Etat général assez mauvais. Opération. L'abdomen contient un liquide filant. Le kyste présente à sa partie supérieure une ouverture large, irrégulière. Toilette soignée du péritoine. Drainage vaginal. Guérison.

99. LAUWERS. — *Ann. méd. de la Flandre occidentale*, 1857 ; — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1857, t. 52, p. 136. — Abdomen très distendu, respiration très gênée. Traitement : iodure de potassium et pommade iodurée iodée. Le surlendemain, faciès cholérique, extrémités froides, légèrement cyanosées, pouls petit, fréquent, respiration laborieuse. Ascite, vomissements porracés, constipation. L'abdomen était moins volumineux et moins tendu, mais très douloureux, surtout au niveau de la région épigastrique. Onctions mercurielles. Les jours suivants les vomissements diminuèrent, puis disparurent. Le liquide se résorba entièrement. On perçut alors dans la fosse iliaque gauche plusieurs masses solides, bosselées, assez consistantes, qui n'empêchèrent pas la malade de reprendre son régime et ses occupations habituels. Ce résultat fut obtenu en moins de quinze jours.

100. LAWSON TAIT. — *Loc. cit.*, p. 326. — Une femme portait un kyste uniloculaire. Son mari refusa l'opération. Le kyste se rompit spontanément et le contenu se résorba. Au bout de cinq ans la tumeur réapparut. Elle fut opérée et mourut. C'était un kyste paraovarique.

101. LEFHOLZ. — *Diss. Halle*, 1881 ; — in Remy ; *Loc. cit.*, p. 83. — Une malade présenta une rupture d'un kyste pendant le

travail. La tumeur ne reparut que le troisième jour, beaucoup plus petite qu'avant l'accouchement. Péritonite très vive, fièvre dépassant quelquefois 40°. Guérison.

102. LENEPU. — *Union médicale*, 1882, p. 806. — Mlle G..., 43 ans. Tumeur considérable. Dix-sept ponctions depuis quatre ans. Chute sur la glace. Rupture. Diurèse abondante pendant deux ou trois jours. Récidive. La tumeur acquit le volume d'un utérus à terme, puis n'augmenta plus.

103. LOCOCK. — *Royal Medico-Chirurgical Society*, 15 mars 1847 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 179. — Le kyste se rompit toutes les six semaines dans le péritoine. Il y eut ainsi huit ou neuf ruptures en un an. On retira alors une petite quantité de liquide foncé. Compression ; le kyste ne se remplit plus et il n'y eut plus de rupture. La malade mourut d'une affection du foie, et à l'autopsie on trouva le kyste rétracté dans le bassin.

104. LEHLEIN. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1879, 14 juillet, p. 420. — Ablation des deux ovaires transformés en kystes papillaires. Les productions papillaires avaient rompu les kystes et s'étaient répandues sur la surface externe. L'épiploon présentait des nodules néoplasiques de la dimension d'une lentille à celles d'une noisette.

105. LOWNDES. — *Memoirs of the Medical Society of London*, III ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 145. — Tumeur du volume d'un utérus à terme. Chute de voiture ; douleur vive dans l'abdomen. Le quatrième jour la malade commença à éprouver de la polyurie qui dura trois jours. Diminution du volume de l'abdomen. Guérison.

106. MACAN. — *Académie royale de médecine irlandaise*, 1887 ; — in Sébilleau : *loc. cit.* — 40 ans, kyste ovarique rompu. Péritoine rempli de liquide gélatineux. Guérison.

107. MADUROWICZ. — *Przegląd lekarski*, n° 27 ; — in *Virchow*

und Hirsch Jahresbericht, 1886, II. — Rosner raconte qu'à la clinique de Madurowicz un kyste se rompit au moment où on tendait la paroi pour faire la ponction. La tumeur diminua ; la percussion indiqua la présence d'un épanchement abdominal. Il n'y eut pas de réaction.

108. MARCHAND. — *Union médicale*, 1856, p. 131 ; in Treille : *loc. cit.*, p. 47. — Rupture d'un kyste après l'accouchement. Ponction. Guérison.

109. MARTIN. — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1889, p. 561. — La rupture eut lieu très tard dans la soirée, et il n'y avait plus trace de l'épanchement le lendemain matin. « La malade éprouve de violentes envies d'uriner et elle évacua sous l'influence d'un ténésme continu plusieurs litres d'une urine claire et pour ainsi dire sans odeur, qui malheureusement n'a pu être analysée. »

110. MAURICEAU. — *Traité d'accouchements*, II ; — in Laskowski, *loc. cit.* — Une femme atteinte de kyste de l'ovaire, fit deux fois une chute à plusieurs années d'intervalle. Chaque fois la tumeur se rompit et se reforma.

111. MAY. — Barnes : *loc. cit.*, p. 288. — Une malade portait un kyste séreux qui se rompit spontanément. Elle guérit et vécut encore plusieurs mois.

112. MAYER. — *Charité-Ann.* VII Jahrg., p. 414 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1882, II. — Rupture d'un kyste muqueux. Dégénérescence myxomateuse du péritoine et surtout de l'épiploon. Ovariectomie. Mort par péritonite.

113. MAYNE. — *Dublin Hospital Gazette*, 1857 ; — in Hue, *loc. cit.* — La tumeur existait depuis 20 ans ; terminaison brusque par péritonite. — « Le kyste avait des parois calcaires, comme osseuses, et présentait à un endroit où manquait la matière calcaire un abcès avec ouverture dans le péritoine. »

114. MEINHARD. — *Med. Zeit. Russlands*, 1850, mai ; in Treille : *loc. cit.*, p. 22. — Rupture d'un kyste qui a provoqué l'avortement.

115. MELION. — *Oester. med. Wochenschrift*, 1844. n° 38 ; in Treille : *loc. cit.*, p. 53. — Cystosarcome. Le forceps provoque la rupture. Péritonite, mort. Enfant mort.

116. MÉNÉTRIER. — *France médicale*, 1886, p. 57 ; — in Sébi-leau, *loc. cit.* — Femme de 56 ans, entre à Tenon le 3 janvier 1884. Abdomen volumineux, tumeur élastique. Dyspnée considérable. Signe d'épanchement pleural abondant dans le côté droit. Ponction le 8 janvier : deux litres de liquide rouge dans lequel se forme un dépôt d'éléments cellulaires de volume variable. La plupart de ces éléments ont un volume égal à trois ou quatre fois celui d'un globule blanc ; ils sont arrondis et contiennent un gros noyau rond. Quelques-uns sont en bissac et contiennent deux noyaux, ce qui indique un travail de segmentation. Amélioration temporaire, puis reproduction du liquide, affaiblissement, douleurs. Le 14 janvier, frissons, vomissements, douleur vive, dyspnée intense, pouls imperceptible. Mort. — Autopsie : Grande quantité de liquide ascitique rougeâtre. La tumeur a un diamètre de 25 centimètres ; elle est bosselée, mais la surface est lisse, sans végétations. Elle est développée dans l'ovaire gauche et est constituée par une agglomération de kystes de tout volume. L'ovaire droit forme une tumeur plus petite, derrière la première. Sur le péritoine, on trouve des plaques blanches, particulièrement nombreuses au niveau du diaphragme, au-dessus du foie et près de la rate. Leurs dimensions sont celles d'une lentille ou d'une pièce de cinquante centimes. Par places, on trouve de petits kystes pédiculés à parois transparentes. Des productions semblables se voient sur le mésentère, l'épiploon, l'intestin. Elles sont superficielles et ne dépassent pas la couche fibreuse sous-jacente à l'épithélium. Sur la petite courbure de l'estomac, près du pylore, on trouve une plaque dure occupant toute la paroi, de 5 cent. de diamètre, sur 2 cent. d'épaisseur, sans cavité kystique visible à l'œil nu. Le foie est gras mais

ne contient pas de noyaux néoplasiques. On n'en trouve pas non plus dans la rate ni dans les reins. La plèvre droite contient trois litres de liquide rougeâtre, semblable à celui de la ponction. Sur la plèvre diaphragmatique on voit quelques plaques blanches légèrement saillantes, et un groupe de cinq à six petits kystes pédiculés du volume d'une noisette. Le poumon droit était refoulé et vide d'air. La plèvre gauche était saine, de même que le cœur et les centres nerveux. Les éléments cellulaires du liquide pleural, des plaques néoplasiques de la plèvre et du péritoine, de l'épithélium interne des kystes ovariens étaient de même nature que les éléments du liquide retiré par la ponction.

117. MEREDITH. — *Pathol. Soc. of London*, 16 décembre 1879 : — *Lancet*, 1879, II, 20 décembre, p. 913. — 47 ans, célibataire ; augmentation de volume de l'abdomen il y a dix ans. Ponction en 1871. Quatre mois après la tumeur disparut ; diurèse. La tumeur se rompit trois à quatre fois par an jusqu'au mois d'avril 1879. A cette époque, ponction. Il y eut alors encore deux ruptures. Ovariectomie le 4 décembre par Knowsley Thornton. La tumeur était uniloculaire et contenait 21 pintes de liquide. Les parois étaient mal nourries, en dégénérescence athéromateuse et présentaient à leur face interne des ulcérations.

118. MIGHELS. — *Amer. Journ. of med. Science*. Philadelphie, 1829 ; — in Doumairon : *Etude sur les kystes ovariens compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*. Thèse de Strasbourg, 1868, p. 27. — Meissner nous fait connaître le cas suivant observé par Mighels. Femme en travail. « L'accoucheur avait extrait les pieds de l'enfant, le sac de la tumeur se rompit et la femme rendit pendant les six jours suivants une grande quantité d'eau. Dans la suite il y eut rupture spontanée, et le liquide répandu dans le péritoine disparut par résorption. » A un nouvel accouchement, « Mighels fit la version pour une présentation du bras, et commença l'embryotomie, mais il ne la finit pas, car la femme s'y opposa. Au bout de deux jours,

la femme manquant de secours accoucha par les seuls efforts de la nature, mais le troisième jour après l'accouchement, le kyste se rompit de nouveau et elle mourut. — A l'autopsie, l'ovaire fut trouvé très gonflé, mais peu altéré. »

119. RUTHERFORD MORISON. — *Edinburgh Med. Jour.*, 1888, t. 34, p. 43; — in Lair : *loc. cit.*, p. 100. — I. T..., 28 ans, trois enfants. Kyste ovarique et ascite de cause inconnue. Opération le 3 mai 1887. La cavité péritonéale contient du liquide ovarique en assez grande quantité. Lavage à l'eau chaude. Pas de drainage. Guérison.

120. MUNDÉ. — *Amer. Jour. of Obst.*, 1878, II, p. 582; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Femme chez laquelle Mundé pratiquait la dilatation de l'urèthre pour une rétention d'urine. Il explora les ovaires par la palpation abdominale et le toucher urétral combinés. L'ovaire gauche augmenté de volume se rompit. Il n'y eut pas d'accident.

121. MUNDÉ. — *Amer Journ. of Obstetr.*, 1882, t. 15, p. 290; — in Mme Waite : *loc. cit.* — 45 ans; opération, l'abdomen contient une substance colloïde. Orifice à la face postérieure d'une des loges. Guérison.

122. NÉGRIER. — Labbé : *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876, p. 333. — « Dans une observation de Négrier, nous voyons qu'un kyste de la grosseur d'un œuf de poule et qui probablement n'avait donné lieu à aucun symptôme avant sa rupture, s'était déchiré largement en arrière et vidé dans le cul-de-sac recto-utérin en provoquant une péritonite à laquelle la malade succomba. »

123. NICOLAS. — *Revue méd. Suisse romande*, janvier 1888; — in Lair : *loc. cit.*, p. 98. — 36 ans. Rupture spontanée pendant la nuit. Choc très grave. Péritonite peu intense. Opération huit jours après, le 6 juin 1887. Perforation à la face antérieure, liquide purulent. Guérison.

124. NISTEN. — *Corvisart Journal*, t. 5, p. 144 ; — in Lebert : *loc. cit.* — Jeune fille de 13 ans, meurt dans le marasme. — Autopsie : poche dermoïde, suppurée, ulcérée, ouverte dans la cavité abdominale.

125. NOLTING. — *Thèse de Berlin*, 1884 ; in Remy : *loc. cit.* — 34 ans. Après un accouchement au forceps, douleur vive, temp. 39°2, pouls petit, fréquent. Mort deux jours et demi après. — Dans le péritoine on trouve environ un litre de liquide rouge, brunâtre, louche. L'ovaire droit est transformé en une poche flasque, du volume du poing, présentant une perforation d'environ 5 millimètres.

126. OLESIIUS. — *Conc. de hydrope ovariorum profluente*, 1834 ; in Tilt : *loc. cit.*, p. 145. — La malade, en faisant un effort brusque, entendit un bruit analogue à celui de l'ébullition de l'eau. La tuméfaction abdominale, jusqu'alors limitée à un côté, devint générale. Guérison complète.

127. OLLIER. — *Lyon médical*, 1882, t. 40, p. 448. — Jeune fille de 19 ans, atteinte de malaises et de vomissements. Opération. Le péritoine contenait un liquide clair dans sa partie supérieure, puis verdâtre, et purulent au fond. Le kyste était composé d'une série de poches à parois minces et friables, « qu'on ne pouvait toucher pour détacher les adhérences les plus molles sans voir leur contenu se vider dans la cavité abdominale. » Dépôt pultacé pseudo-membraneux sur l'intestin. Toilette du péritoine. Drain dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Guérison. « Rien ou presque rien n'avait coulé par le tube vaginal. »

128. OLSHAUSEN. — *Loc. cit.*, p. 115. — Olshausen trouva à une ovariectomie un kyste qui présentait à sa partie supérieure une déchirure dans laquelle on pouvait introduire quatre doigts.

129. OSTERLOH. — *Société gynécologique de Dresde*, séance du 12 avril 1883 ; *Archives de tocologie*, 1883, p. 455. — Rupture, opération, guérison.

130. OTT. — *Soc. russe de chirurgie*, 1886; in Sébileau : *loc. cit.* — 60 ans, rupture d'un kyste; liquide colloïde dans le péritoine.

131. PANAS. — *Gazette des hôpitaux*, 1871, 8 août, p. 374. — 46 ans; opération. Le péritoine contient des masses colloïdes. Le kyste a des parois très friables et présente plusieurs trous ronds. Péritoine tomenteux. Mort le quatrième jour.

132. PANAS. — *Progrès médical*, 1876, 1^{er} janvier. — Guyet nous rapporte le cas suivant du service de Panas. X..., 67 ans; deux ponctions furent faites pour une ascite compliquant un kyste ovarique. La dernière ponction fut faite le 16 octobre 1875. La malade mourut le 19 au soir, en une demi-heure par syncope. — Autopsie : Le péritoine renfermait un liquide ascitique, jaune, contenant des flocons blanchâtres. La tumeur était très volumineuse, bosselée; elle présentait deux ou trois petits orifices ouverts spontanément. Adhérences avec la paroi abdominale et avec les anses intestinales.

133. PARISH. — *Obst. Soc. of Philadel.*, 2 janvier 1885; in Poupinel : *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886, p. 51. — 52 ans. Ovariectomie le 16 septembre 1884. Kystes des deux ovaires ayant débuté il y a trois mois; rupture de l'un dans le péritoine. Généralisation à tout le péritoine; innombrables kystes du volume d'un grain de millet à celui d'un pois; disséminés sur la séreuse. Mort au septième jour.

134. PARK. — *Medic. chirurg. transactions*, t. II, cas 1; — in Treille : *loc. cit.*, p. 54. — Kyste séreux. Craniotomie. Rupture du kyste pendant l'accouchement. Guérison. Plusieurs accouchements heureux dans la suite.

135. PÉAN. — In Hue : *loc. cit.*, p. 65. — 38 ans; kyste ovarique traité par l'électropuncture; chaque séance donnait lieu à des douleurs, des vomissements, de la prostration. « Quand je fus appelé près de cette malade alitée depuis deux jours, elle était en proie à tous les symptômes d'une péritonite des plus intenses. » Péan jugea que quelque loge s'était

rompue dans le péritoine. Opération immédiate. Péritonite suppurée due à la rupture d'une des poches. Guérison.

136. PÉAN. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1882, p. 935. — 20 ans ; tumeur ayant débuté il y a dix-huit mois. Opération le 12 novembre 1878. Ascite abondante et louche. L'extraction fut rendue difficile par suite de la friabilité de la paroi ; toilette du péritoine prolongée, car il n'est pas douteux qu'une loge s'était ouverte spontanément dans le ventre, ce que n'indiquaient que trop les caractères de l'ascite. Pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie. Guérison.

137. PÉAN. — *Loc. cit.*, p. 936 — 46 ans. Début il y a trois ans. Depuis 18 mois, nombreuses poussées de péritonite. Opération le 17 décembre 1878. Adhérences pariétales généralisées. Un litre d'ascite louche, filante. La paroi kystique est sans résistance. Elle est ulcérée en un point, et au centre de l'ulcération se trouve une perte de substance qui a laissé couler du liquide kystique dans le péritoine. Pédicule fixé à la plaie. Toilette soigneuse du péritoine. Mort par péritonite aiguë.

138. PÉAN. — *Loc. cit.*, p. 945. — 63 ans ; début il y a trois ans ; poussées de péritonite ayant compromis la vie de la malade. Opération le 23 mars 1880. Péritonite généralisée. L'abdomen contient un liquide brunâtre, un peu filant, chargé de caillots fibrineux. Le kyste était suppuré et s'était rompu avant l'opération. Péritonite enkystée au-dessus de la tumeur, en arrière de l'épiploon. Le kyste dut être énucléé du ligament large qui fut lié en forme de pédicule. Toilette longue et minutieuse. Le huitième jour, le foyer de péritonite se rouvrit et versa un flot de liquide fétide. Application d'un tube à drainage, injections phéniquées. Guérison.

139. PÉAN. — *Loc. cit.*, p. 954. — 55 ans, opérée le 30 décembre 1880. Début il y a trois ans ; ouverture spontanée de la plus grande loge dans le péritoine ; liquide visqueux, adhérences pariétales, épiploïques, intestinales. Toilette complète du péritoine. Guérison.

140. PÉAN. — *Loc. cit.*, p. 963. — 30 ans ; une ponction donne

issue à 25 litres de liquide rougeâtre. Opération trois semaines après, le 27 juin 1881. Péritoine enflammé, contenant 20 litres de sérosité roussâtre et des grumeaux. La tumeur présente un orifice comme fait à l'emporte-pièce. Toilette attentive. Guérison.

141. PÉAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1871, 2 décembre, p. 565. — Mme Ch... A l'âge de 20 ans, la malade constata l'existence d'une tumeur. De 1860 à 1864, elle consulta Spencer Wells, Kœberlé, Nélaton, puis Demarquay et Richard. En 1867, au mois d'octobre, la tumeur se rompit, à la suite d'une course à pied. Pas de péritonite, résorption complète du liquide. En 1869, nouvelle rupture ; le kyste était alors moins gros qu'à la première rupture ; la malade resta alitée pendant une semaine. En janvier 1870, troisième rupture ; le kyste était encore moins volumineux qu'à la deuxième ; la malade garda à peine le lit. Le 1^{er} juin 1870, Péan opéra la malade. Les adhérences empêchèrent l'ablation totale. On fit une extirpation partielle et le kyste fut suturé à la paroi abdominale. La fistule persista très longtemps.

142. PÉAN. — In Parizot : *De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886. — Dans une opération, Péan trouva un pédicule tordu, et une hématocele enkystée au fond du bassin, due à la rupture ancienne d'une loge.

143. PEASLEE. — In Emmet : *loc. cit.*, p. 697. — Peaslee a vu cinq cas de rupture spontanée de kystes multiloculaires ; et dans quatre cas les malades sont mortes de péritonite dans les cinq jours qui ont suivi l'accident.

144. PECK. — *Medical Record*, 1885, 9 mai ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1885, II. — Rupture d'un kyste ovarique pendant le coït. Mort.

145. PERCIVAL. — *Essays*, I. — in Tilt : *loc. cit.*, p. 179. — Femme de 33 ans, kyste ovarique datant de plusieurs années ; augmentation de volume, douleurs, anasarque. Un matin, en se levant, la

malade fut prise de nausées et de vomissements. Pouls faible, extrémités froides. Sous l'influence d'une diurèse abondante, l'anasarque disparut, le volume de l'abdomen diminua. Bientôt la tumeur ne fut plus perceptible.

146. POLAILLON. — *Académie de médecine*, séance du 27 août, 1889 ; — *Archives générales de médecine*, 7^e série, t. 20, 1889, II, p. 472. — Kyste multiloculaire rompu pendant un léger effort. Ovariectomie.

Dans un autre cas, Polaillon trouva un kyste rompu dont le contenu myxomateux avait continué à vivre et à proliférer au milieu des anses intestinales, sans troubler les fonctions des viscères.

147. POLAILLON. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*. — 51^e année, 1876, 4^e série, t. I, p. 695. — Quenu, interne, nous rapporte le cas suivant : Le 26 novembre, entra à Cochin la dame Ch. G..., âgée de 27 ans, enceinte de huit mois et demi, et en travail depuis plus de trois jours. Trois tentatives de version avaient été faites en ville ; deux autres essais à l'hôpital restèrent sans succès. Embryotomie. « Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général était déjà grave, le facies altéré, le pouls fréquent, et le ventre d'une sensibilité excessive. » Le lendemain, ballonnement du ventre, vomissement. Mort à minuit. — Autopsie. Péritonite. La cavité abdominale contient environ un litre et demi d'un liquide louche. Une tumeur remplit le cul-de-sac recto-utérin. L'épaisseur des parois varie de 5 à 8 millimètres. Dans l'angle droit et à la partie inférieure de la poche, se trouve une petite perforation qui conduit la sonde cannelée dans le péritoine. Le kyste contenait un caillot cruorique du volume d'un œuf de poule. La rupture avait dû se produire « soit par le fait du simple engagement de la partie fœtale, soit plutôt par suite des manœuvres répétées faites en ville. »

148. POLLARD. — *Lancet*, 1848, I, 11 mars, p. 306. — C. E..., célibataire, domestique, 28 ans ; à la suite de coïts répétés, cette femme

fut prise de vomissements avec douleurs abdominales vives ; puis elle tomba dans le collapsus. Elle succomba vingt heures après ayant présenté des signes d'hémorrhagie interne et de péritonite. — L'ovaire gauche était du volume d'une petite pomme, et creusé à son intérieur d'une cavité remplie de sang, cavité qui s'était rompue dans l'abdomen, par une fente de un quart de pouce.

149. PONCET. — In Lair : *loc. cit.*, p. 71. — Benoite R..., 57 ans. Tumeur datant d'environ cinq mois. État général bon. Opération le 25 septembre 1891. L'abdomen contient du liquide colloïde. La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, se compose d'un grand nombre de petits kystes dont quelques-uns sont rompus. Elle est développée aux dépens de l'ovaire droit. L'ovaire gauche, transformé en une tumeur plus grosse que le poing, mi-solide et mi-kystique, est enlevé également. Lavage du péritoine. Drainage vaginal. Guérison.

150. PONCET. — In Lair : *loc. cit.*, p. 75. — Antonine G..., 56 ans ; tumeur datant d'environ sept mois. Amaigrissement depuis deux à trois mois. Œdème des jambes le soir. Opération le 25 mai 1892. Le péritoine contient de la matière colloïde. Le kyste dépasse le volume d'une tête d'adulte ; il présente de nombreuses déchirures. Le péritoine est recouvert de grumeaux analogues à de petits kystes. En avant des anses intestinales on trouve un vaste gâteau épais de un centimètre, « semblant être l'épiploon épaissi et infiltré par le néoplasme. » Ce gâteau épiploïque et de nombreuses masses colloïdes sont abandonnés dans l'abdomen en raison des adhérences. Drainage par la plaie abdominale. Guérison. Environ six semaines après l'opération on constatait l'existence autour de l'ombilic d'une tumeur, d'environ 15 centimètres de diamètre, qui n'incommodait nullement la malade.

151. PONCET. — In Lair : *loc. cit.*, p. 79. — Annette L., 62 ans. Depuis trois mois, la malade a vu son abdomen augmenter de volume et a senti se développer des tumeurs mobiles, du volume d'une orange. Amaigrissement, affaiblissement. Constipation opiniâtre. On constate l'existence de deux tumeurs. Opération le 2 juin 1892. Le péritoine

contient un liquide séro-sanguinolent qui s'écoule de l'une des tumeurs ouverte par une déchirure étoilée. Cette déchirure avait dû se produire sur la table d'opération, car il n'y avait pas de signes d'ascite. Il y avait deux tumeurs, c'était le kyste droit qui était ouvert. Drainage de Mikulicz. La malade va bien pendant huit jours, puis faiblesse considérable, mort le dixième jour. — Les tumeurs étaient des carcinomes kystiques. A l'autopsie on trouva un cancer du foie et du péritoine.

152. PONCET. — In Lair : *loc. cit.*, p. 82. — Mme C..., 32 ans. Augmentation de volume du ventre depuis cinq à six mois. Le 25 octobre 1891, douleur aiguë à début subit, puis fièvre intense, dyspnée. Le 11 novembre, température 39°5. Opération. Le péritoine contient un liquide purulent. Le kyste est composé de sept ou huit poches indépendantes dont l'une est perforée. Drainage abdominal. Guérison.

153. POOLEY. — *Société obst. de New-York*, séance du 18 novembre 1879 ; — *Amer. journ. of Obstetr.*, 1880, XII, p. 383 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Rupture d'un kyste chez une enfant de 3 ans et 4 mois.

154. PUECH. — *Montpellier Médical*, 1858 ; — in Rollin : *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889. — 28 ans. Subitement péritonite aiguë, mort en trois jours. — L'abdomen contient environ 500 grammes d'un liquide chocolat. L'ovaire droit a le volume d'une petite pomme et contient du sang. Il présente une déchirure triangulaire d'environ 1 centimètre de diamètre.

155. RECLUS. — In Mme Waite : *loc. cit.*, p. 89. — 45 ans, kyste ovarique. A plusieurs reprises, la malade présenta des phénomènes de péritonite avec douleur généralement localisée qui durait une huitaine de jours. En même temps l'abdomen diminuait de volume. Quelques années après, la malade fut opérée par Reclus d'un cancer du sein. Récidive et mort. — Pas d'autopsie.

156. REUSS. — *Arch. für Gynæk.* ; — in Hue : *loc. cit.*, p. 12. — 45 ans, kyste datant de deux ans. Seize fois déjà il s'était rompu dans

l'abdomen, déterminant chaque fois des phénomènes plus ou moins graves de ballonnement et d'oppression. Reuss assista à la dix-septième rupture au mois de juillet 1876. Ovariectomie le 19 septembre 1876. La malade mourut de péritonite purulente le douzième jour.

157. ROBERG. — *Méd. Jour. New-York*, 1877 ; — in Quenu : *Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1881. — Rupture d'un kyste multiloculaire à la suite de violents efforts de vomissement. Guérison.

158. SÆNGER. — *Soc. Gynec. de Leipzig* ; — *Centralbl. für Gynæc.*, 1887, n° 9 ; — in Lair : *loc. cit.*, p. 13. — Un kyste se rompit « sous l'influence des efforts de vomissement, durant l'anesthésie, sur la table d'opération, avant l'incision abdominale. »

159. SATTERTHWAITE. — *Path. Soc. of New-York*, 27 avril 1881 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Une femme atteinte de kyste ovarique tomba sous les pieds d'un cheval. Un des pieds de l'animal se posa sur le ventre de la malade. Rupture du kyste ; guérison.

160. SÆXINGER. — Herdegen : *Diss. Tübingen*, 1876 ; in Remy : *loc. cit.*, p. 133. — Accouchement provoqué à la trente-quatrième semaine. Enfant vivant. La mère meurt de rupture du kyste le vingtième jour après l'accouchement.

161. SCANZONI. — *Traité pratique des maladies des organes sexuels des femmes*, traduction Dor et Socin. Paris, 1858, p. 343 ; — in Rollin : *loc. cit.*, p. 69. — Une jeune fille de 18 ans mourut subitement pendant ses règles avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. « L'autopsie démontra la présence dans l'ovaire droit légèrement amplifié d'une poche de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang coagulé, dans la paroi postérieure de laquelle se trouvait une ouverture d'environ 2 cent. 1/2 de long, au travers de laquelle environ trois kilog. de sang avaient pénétré dans la cavité abdominale. »

162. SCHLEGTENDAL. — *Centralblatt für Gynæk*, 1885., n° 38 ;

— in Poupinel : *loc. cit.*, p. 67. — 52 ans ; kystes contenant de la matière colloïde ; la même substance se trouvait dans le petit bassin, « provenant sans doute de la rupture antérieure d'un de ces kystes. » Epiploon en dégénérescence kystique. Mort le quatrième jour après l'opération. Le péritoine de la face inférieure du foie, de la grande courbure, de la rate, de l'intestin, surtout du cœcum et de l'S iliaque, les replis du petit bassin présentent des kystes de petit volume.

163. HUGO-SCHMIDT. — *Centralbl. für Gynæk.*, 1887, 26 novembre ; — in Lair, *loc. cit.*, p. 95. — 33 ans, kyste ovarique datant de quatre ans. Un matin, la malade parut subitement sur le point de mourir. Cyanose, pouls filiforme, voix voilée : à chaque mouvement que la malade faisait, il lui semblait sentir quelque chose se déplacer dans le ventre. Paroi abdominale affaissée et flasque. Tympanisme sur la ligne médiane, matité dans les flancs. Opération le 15 septembre 1884. La cavité abdominale contenait près de trois litres de liquide colloïde. « A la partie antérieure du kyste était une surface de la grandeur de la paume de la main infiltrée de sels calcaires, sur laquelle se montrait une ouverture en forme de zigzag, de trois centimètres de longueur environ. » Drainage abdominal. Guérison.

164. SCHRÖDER. — *Berliner medicinische Gesellschaft*, 14 mars 1877 ; — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, 20 août, p. 501. — Schröder comptait opérer un kyste, quand, sans cause appréciable, il se rompit. L'opération fut faite le lendemain ; la malade était si faible que pendant trente-six minutes le pouls fut imperceptible. Le ventre était rempli de liquide ovarique. A cause de la faiblesse de la malade on dut refermer l'abdomen rapidement en y abandonnant une partie du liquide. Fièvre. Guérison.

165. SCHWARTZ. — In Lair : *loc. cit.*, p. 90. — 34 ans ; après la septième grossesse, le ventre resta volumineux. Trois jours après l'accouchement, douleurs vives, vomissements, frissons. Diagnostic : péritonite puerpérale. Deux mois après le début des accidents, l'état

étant désespéré, elle fut examinée par Schwartz, qui supposa l'existence d'un kyste, en raison de la forme de l'abdomen. Opération. Péritonite suppurée. Kyste ovarique purulent. Lavage du péritoine à l'eau bouillie. Drainage abdominal. Guérison malgré une pleuro-pneumonie intercurrente. — Schwartz croit que le kyste s'était rompu.

166. SÉBILLEAU. — *Loc. cit.* — 51 ans. Opération ; le péritoine contenait un liquide jaune, filant, identique au liquide du kyste. Lavage, pas de drainage, guérison.

167. SIMPSON. — *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874, p. 732. — Mary W..., 34 ans, entre à la Royal Infirmary le 6 octobre 1852. Tumeur du volume d'un utérus à terme. Le 13 octobre, au matin, sensation de rupture dans l'abdomen, douleur violente dans l'hypochondre droit, puis nausées, vomissements, accélération du pouls. Le lendemain, amélioration qui se continua les jours suivants. Cinq jours après, « le matin du 18, en essayant de se lever, la malade fut prise subitement d'une violente recrudescence de douleurs dans l'épigastre ; » vomissements, refroidissement extrême des téguments, affaiblissement du pouls, mort en douze heures. — Autopsie. Sérum trouble dans l'abdomen. Les anses intestinales sont recouvertes d'une couche de lymphe molle et se laissant facilement déchirer. En certains points cette couche avait bien 25 millimètres d'épaisseur. A la partie supérieure, postérieure et droite du kyste, se trouve une ouverture, admettant l'index, par laquelle sort un liquide fétide, purulent ; les bords de l'orifice sont rugueux. Le siège correspond au siège des douleurs lors de la première rupture. Tout autour de l'orifice la paroi est mince, noire, ramollie.

168. SIMPSON. — *Loc. cit.* — 43 ans. Douleur depuis quinze mois ; tumeur constatée il y a neuf mois. Accroissement rapide. Au commencement du mois de septembre 1852, une ponction donna issue à un liquide clair, glaireux. Le 16 octobre une nouvelle ponction ramena un

liquide foncé, mêlé de pus. Douleurs plus ou moins vives. « Le 17 novembre elle vint chez moi à pied, d'une distance d'environ un demi-mille. » A son retour chez elle, vomissements et douleurs. Le lendemain les douleurs devinrent plus violentes. Le soir, pouls très faible, extrémités froides, vomissements presque incessants. La malade mourut le lendemain matin vers deux heures, « gardant sa connaissance jusqu'à la fin ; elle se disait elle-même, quelques heures avant sa mort, délivrée de toute douleur. » — Autopsie. Grosse tumeur multiloculaire. Le péritoine contient un liquide jaune, glaireux. Sur le côté droit, au-dessous du foie, la tumeur présente deux petites ouvertures dans deux kystes distincts ; par ces ouvertures s'écoule un liquide analogue à celui de l'abdomen. En ce point les kystes sont nombreux, à parois minces, et se rompent par la plus légère pression. Beaucoup de kystes contenaient un liquide purulent.

169. SIMPSON. — *Loc. cit.* — 56 ans, 44 ponctions. Un jour d'hiver, la malade glissa en marchant sur une route glacée et heurta violemment la tumeur qui se rompit. Depuis cette époque, la tumeur est plus petite, elle n'augmente plus et ne nécessite plus de ponction. Pendant plusieurs mois la malade éprouva une diaphorèse abondante, d'autant plus étrange que depuis plusieurs années elle ne transpirait plus. La sécrétion urinaire qui était troublée et diminuée est redevenue régulière.

170. SMITH. — *Lond. obst. transact.*, 1872 ; — in Olshausen : *loc. cit.*, p. 116. — Un kyste était rompu au niveau du point où il était appliqué contre un fibrome de l'utérus.

171. SMITH. — *Société anglaise gynécol.* Séance du 8 janvier 1890. — *Répertoire universel d'Obst. et de Gynécol.*, 1890, p. 184. — 26 ans. Rupture d'un kyste ovarique. Opération. Un litre de liquide dans l'abdomen, et péritonite très nette. Guérison.

172. SOLTAU. — *Med. Times and Gaz.*, 1862 ; — in Barnes : *loc. cit.*, p. 287. — Le kyste se vida trois fois dans le péritoine ; le liquide

s'écoula par la vessie. La malade fut ponctionnée trente-sept fois; elle mourut après la rupture de la poche.

173. SPIEGELBERG. — *Ueber Perforation der Ovarialkystome in die Bauchhöhle.* — *Archiv. für Gynækologie*, 1870, p. 60. — Veuve de 42 ans, six enfants. Kyste datant de trois ans. Rupture du kyste. Opération quelque temps après. Mort dans la nuit du quatrième au cinquième jour. — Kyste papillaire.

174. SPIEGELBERG. — *Loc. cit.* — 39 ans, un enfant. Tumeur datant d'un an. Ponction exploratrice sur la ligne blanche, sans succès. Une ponction de chaque côté, également sans succès. De la ponction du côté droit partit une péritonite qui emporta la malade en cinq jours. — L'autopsie fut faite par Waldeyer. L'abdomen contenait un liquide purulent mêlé de masses gélatineuses. Le péritoine pariétal et intestinal était couvert d'une couche de gélatine de près d'un centimètre. Tumeur présentant à sa face antérieure une ouverture arrondie de 10 centimètres de diamètre. Il y avait en outre une trentaine d'autres perforations dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles de la paume de la main. Le contenu avait une consistance assez ferme. Spiegelberg croit que cette consistance est la cause des ruptures, les pressions ne se répartissant pas aussi régulièrement dans tout le kyste que dans les cas où le liquide est séreux.

175. SPIEGELBERG. — *Loc. cit.* — 27 ans; début il y a un an et demi. Péritonites locales en divers points de cause inconnue; puis péritonite générale et mort. — L'autopsie fut faite par Waldeyer. L'abdomen contenait du pus. Le kyste était adhérent en certains points à la séreuse pariétale; en d'autres points il présentait des perforations. Sur une surface égale à deux fois la paume de la main, du côté droit de la tumeur, le parenchyme était bleu foncé, infiltré de sang, ramolli et déchiré.

176. STADFELT. — *Det mekaniske misforhold under, Fødsel*, 1872; — in Remy : *loc. cit.*, p. 91. — Un kyste dermoïde, situé dans

le cul-de-sac de Douglas, se rompit après deux jours de travail. L'enfant naquit vivant, mais la mère mourut de péritonite.

177. TARNIER. — In Remy : *loc. cit.*, p. 76. — Marie Larivé, femme Guibert, accouche à 7 mois le 27 février 1882. Le 28 à 9 heures du matin, frisson, fièvre, accélération du pouls, douleur abdominale vive, vomissements porracés. On supposa qu'une loge du kyste s'était rompue. Mort le 1^{er} mars à deux heures du soir.

178. TERRIER. — In Poupinel : *loc. cit.*, p. 106. — 29 ans. Opération. Kyste adhérent à tous les organes voisins, végétations néoplasiques papilliformes sur toute la paroi abdominale. On se contente d'enlever l'épiploon ratatiné et formant une masse du volume d'un œuf de poule. Mort au bout de soixante-trois jours. Le péritoine est blindé d'une couche de néoplasme. Une masse polykystique occupe la partie inférieure de l'abdomen et le petit bassin. « A la partie médiane et supérieure de la tumeur on trouve une masse volumineuse de bourgeons faisant hernie à travers un orifice de la paroi et constituant très probablement le point de départ de la généralisation. »

179. TERRILLON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1884, p. 670, séance du 1^{er} octobre. — Mme H., 58 ans. Deux kystes. Le kyste de l'ovaire droit est enlevé, le kyste de l'ovaire gauche est réuni à la paroi abdominale et drainé. État satisfaisant jusque vers le quinzième jour. Puis affaiblissement progressif, frissons, mort le vingt-troisième jour. — Péritonite purulente, perforation du kyste, communication avec la péritoine.

180. TERRILLON. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885, p. 866 ; séance du 9 décembre. — 55 ans ; kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariectomie le 1^{er} août 1883. Pendant l'opération, le kyste se rompt en arrière et le contenu se répand dans le petit bassin. Toilette soignée du péritoine. Un an après, développement d'un nouveau kyste, et en même temps d'une petite tumeur dans la cicatrice abdominale au-dessous de l'ombilic. Le 20 octobre 1885, nouvelle opération.

La petite tumeur sous-ombilicale est constituée par un grand nombre de petits kystes contenant du liquide gélatineux, transparent. Le kyste abdominal a des parois minces, sans végétations. La cavité péritonéale renferme une grande quantité de liquide gélatineux provenant d'une rupture du kyste à la partie postérieure. Ce liquide est adhérent au péritoine pariétal et intestinal qui est rougeâtre, tomenteux. En outre, un grand nombre de petits kystes gélatineux plus ou moins pédiculés sont appendus à la surface du péritoine pariétal et des intestins. Toilette du péritoine longue et difficile. Toutes les surfaces furent lavées légèrement avec une solution phéniquée. La malade alla bien jusqu'au 1^{er} novembre, puis elle cessa de manger et dépérit. Vomissements, diarrhée. Mort le 20 novembre. — Autopsie : péritonite purulente.

181. TERRILLON. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1886, p. 904 ; séance du 15 décembre. — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1887, t. 112. — 58 ans. Tumeur ovarienne volumineuse, datant de plus d'un an. Circonférence abdominale, 1 m. 30. Malade maigre, affaiblie, œdème des jambes. Douleurs abdominales, nausées. Opération le 9 octobre 1886. Le péritoine est rempli d'une matière gélatineuse, jaunâtre provenant d'une rupture de la paroi postérieure du kyste. L'époque de la rupture est difficile à déterminer, parce que l'accident ne présenta pas de symptômes notables : les anses intestinales étaient rouges, tomenteuses. L'extraction de la tumeur fut difficile à cause des adhérences et de la friabilité du kyste qui se rompait à tout instant. Ablation de la tumeur par lambeaux. Lavage à grande eau. Guérison, malgré une diarrhée rebelle.

182. TERRILLON. — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1888, t. 114. — 35 ans ; début il y a treize ans. Vingt-sept ponctions. Opération le 1^{er} mars 1887. Kyste rompu dans le péritoine à la partie supérieure, très adhérent à la paroi abdominale, au diaphragme et à l'épiploon. Lavage soigné, guérison.

183. TERRILLON. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888,

p. 778. — 1° Kyste rompu, multiloculaire, gélatineux. Opération. Péritoine rouge, tomenteux, enflammé ; guérison.

2° Kyste gélatineux, rompu dans le péritoine. Opération. Adhéhrences nombreuses ; la tumeur est surtout tellement adhérente à un gros myome utérin qu'on est obligé d'enlever ce myome en laissant un pédicule extra-péritonéal. Guérison.

184. TERRILLON. — *Bulletin de thérapeutique*, 1889, t. 116. — 37 ans, opérée au mois de juillet 1887 d'un kyste de l'ovaire droit. Le ventre recommença à grossir ; la nouvelle tumeur se rompit. Péritonite. Opération le 8 juillet 1888. Kyste très adhérent à l'intestin, à l'épiploon, au petit bassin. Matière sirupeuse, grisâtre en grande quantité dans le péritoine. Sereuse rouge, tomenteuse. Nettoyage soigné à l'aide d'éponges. La malade très affaiblie mourut d'épuisement trente-deux heures après l'opération.

185. — TERRILLON. — *Bulletin de thérapeutique*, 1890, t. 118. — Femme de 42 ans, opérée le 1^{er} juin 1889 ; le kyste multiloculaire gélatineux était rompu dans le péritoine. Guérison.

186. TERRILLON. — *Bulletin de thérapeutique*, 1890, t. 118. — 56 ans, opérée le 24 mai 1888 d'un kyste ovarique droit, multiloculaire, gélatineux, rompu dans le ventre depuis plusieurs jours et ayant déterminé des accidents graves. Une grande quantité de liquide gélatineux était greffé sur le fond d'un fibrome utérin, sur le bord inférieur de l'épiploon et sur la première partie du gros intestin. Terrillon réséqua l'utérus en fixant le pédicule à la plaie, nettoya le péritoine et réséqua également le bord inférieur de l'épiploon ; mais il ne put enlever complètement cette substance adhérente à l'intestin. Ovaire gauche sain. Guérison. Bientôt on remarqua des bosselures dans la fosse iliaque droite. Le ventre augmenta de volume. Circonférence à l'ombilic 1 m. 60. Deuxième opération le 11 juillet 1889. Kyste multiloculaire gélatineux de l'ovaire gauche. L'épiploon est transformé en une masse irrégulière pensant 4 kilos et infiltré de

matière gélatineuse. Il est lié près de la courbure de l'estomac et réséqué. La surface antérieure du gros intestin présente une masse du volume du poing, pédiculée. On peut l'enlever en entamant légèrement la paroi intestinale. Guérison.

187. THIBAUT. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1842, 17^e année, p. 158. — Augustine Béranger, 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 4 avril 1842. Après le troisième accouchement (à 21 ans), douleurs, puis tumeur dans la fosse iliaque gauche. Il y a quelques mois la malade devint enceinte pour la quatrième fois. Elle accouche le 4 avril vers midi. Le 5, à 8 heures du soir, trente heures après l'accouchement, douleur vive, nausées, vomissements. Mort sept jours après. — Autopsie. Le péritoine contient 4 litres de liquide séreux et limpide. Fausses membranes sur l'intestin. Tumeur volumineuse présentant deux ouvertures. l'une, située en haut et en dehors, plus large qu'une pièce de cinq francs, conduit dans une loge de la dimension d'un verre ; l'autre, située en dehors, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, conduit dans une poche quatre fois plus grande. Il y avait du pus dans les lymphatiques jusqu'au réservoir de Pecquet.

188. THIRIAR. — *Presse médicale belge*, 1884, n° 24 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1884, II. — Kyste multiloculaire de l'ovaire, ouvert dans la cavité péritonéale. Ovariectomie double. Guérison.

189. KNOWSLEY THORNTON. — *Medical Times and Gazette*, 1881, I, p. 213 ; — in Poupinel : *loc. cit.*, p. 54. — 41 ans, kyste à végétations papillaires internes. Rupture du kyste, généralisation au péritoine. Ovariectomie, le 3 mai 1877 ; l'opérée était bien portante en 1881, « toute trace des petits papillomes qu'on avait vus et sentis sur le péritoine pendant l'opération a complètement disparu.

190. KNOWSLEY THORNTON. — *Medical Times and Gazette*, 1881, I, p. 673 ; — in Poupinel ; *loc. cit.*, p. 55. — Kyste ovarique

ouvert dans la cavité péritonéale. Péritoine pelvien recouvert de végétations papillomateuses. Guérison. Trois ans et demi après l'opérée était en bonne santé.

191. KNOWSLEY THORNTON. — *Medical Times and Gazette*, 1881, 19 février ; — in Mme Waite : *loc. cit.*, p. 77. — 35 ans, kyste et ascite abondante. Le liquide ascitique contient des cellules. On diagnostique : rupture du kyste. Opération. Kyste présentant à son intérieur des papillomes durs et blancs. On trouve un orifice extrêmement petit à bords mousses et arrondis. Pas de signes d'infection péritonéale.

192. KNOWSLEY THORNTON. — *Transact. of the path. Society*, t. 28, p. 189 ; — in Mme Waite : *loc. cit.*, p. 66. — 41 ans ; tumeur de l'ovaire droit. Un jour, en allant un peu précipitamment ouvrir une porte, la malade éprouva une sensation de quelque chose qui se rompait. Elle rendit pendant plusieurs jours une grande quantité d'urine claire et limpide. L'abdomen devint plat et dépressible. La tumeur disparut en grande partie. Une masse nodulaire apparut dans le cul-de-sac de Douglas. La tumeur ovarienne augmenta de nouveau. Opération. Plusieurs poches dont une grande contenaient des végétations papillomateuses. Nodules durs sur le péritoine. La masse du cul-de-sac de Douglas était l'autre ovaire devenu kystique.

193. TILLAUX. — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1873, t. 84, p. 263. — Mme S..., 48 ans, entre à Saint-Louis au mois d'octobre 1872. Kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'adulte, qui, d'après la malade, aurait disparu brusquement quelques mois auparavant pour reparaître plus tard. Environ un mois après son entrée, une nuit, vers 3 heures du matin, la malade fut réveillée par une violente douleur de ventre comparable à celle que produirait un coup de couteau. La douleur se répandit dans tout l'abdomen et des vomissements bilieux apparurent. La tumeur avait disparu. Péritonite aiguë pendant sept jours. Quand la palpation

devint possible, on constata qu'il n'y avait plus de tumeur ; mais quelques jours après on la sentit de nouveau ; elle avait alors le volume du poing. La première rupture s'était accompagnée des mêmes phénomènes.

194. TILLAUX. — *Bulletin de thérapeutique*, 1873, t. 14, p. 263. — Tillaux fut consulté par une dame chez laquelle un kyste s'était déjà rompu une quinzaine de fois. Chaque fois le kyste avait repris son volume primitif, celui d'un utérus à terme. Il n'y avait pas de douleur.

195. DE TORNERY. — *France médicale*, 1886 ; — in Sébilleau : *loc. cit.* — Kyste rompu, péritoine rempli de matière gélatineuse, ambrée, tenace, dont tous les organes, foie, rate, estomac, sont recouverts. Guérison.

196. TROUSSEAU. — *Clin. médic.*, III, p. 646 ; — in Rollin, *loc. cit.*, p. 88. — Une jeune fille de 16 ans, n'ayant été réglée qu'une fois il y a 2 mois 1/2, arrivée à Paris depuis 2 mois, mourut d'une fièvre typhoïde dans le service de Trousseau. — Autopsie. Epanchement séreux rougeâtre dans le petit bassin, environ 150 à 200 grammes..... Sur l'ovaire droit, tumeur brune, de la grosseur d'un œuf. « Vers sa partie déclive, cette tumeur présente en saillie un caillot de la grosseur d'un pois. Ce caillot dur, en grande partie fibrineux, était étranglé par une ulcération à travers laquelle il se continuait avec un caillot situé dans la cavité de la tumeur... L'épanchement intra-péritonéal avait donc eu pour source le kyste hématique... Quant à l'ulcération de la paroi du kyste, nous croyons qu'elle doit être rattachée à l'état général de la malade. »

197. TROUSSEAU. — *Gaz. méd.*, 1856, p. 671 ; — in Lair, *loc. cit.*, p. 13. — La malade, se baissant pour nouer le cordon de sa bottine, sentit quelque chose se rompre. Péritonite. Guérison.

198. TUFNELL. — *Journal de Dublin*, t. XIII, p. 460 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 22. — Rupture pendant la grossesse. Péritonite

violente. Guérison. La grossesse continua son cours et arriva à bonne fin.

199. VEIT. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1876, n^{os} 50-52 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1876, II. — Veit nous rapporte quelques opérations d'ovariotomie de Schröder. La sixième présente les particularités suivantes. Torsion du pédicule avec hémorrhagie intra-kystique et rupture. Collapsus profond. La femme est mourante au moment où on l'opère. Clamp ; drainage. Mort le dix-neuvième jour. Collection purulente près du pédicule.

200. VERNEUIL. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875, 50^e année, 3^e série, t. 10, p. 386. — Martinet, interne, publie le cas suivant : Naudet Uranie, 46 ans, entre dans le service de M. Verneuil le 4 janvier 1875. Kyste uniloculaire, volumineux, déjà ponctionné trois fois et se reproduisant chaque fois plus rapidement. Sur la proposition du Dr Boinet, deux ponctions suivies d'injections iodées furent pratiquées à trois semaines d'intervalle. La récédive fut presque aussi rapide qu'après les ponctions simples. Une troisième ponction, faite par Verneuil, donna issue à un liquide purulent, et fut suivie d'une injection iodée. « La malade fut, comme d'habitude, soulagée, mais un mois environ après cette dernière ponction, à la suite d'un accroissement considérable des douleurs, elle succomba avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë ». — Autopsie. Petite perforation sur le bord gauche du kyste. Les différentes ponctions avaient été faites du côté droit. Le kyste était uniloculaire, sans adhérences ; le pédicule était long et étroit.

201. VIDAL. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1852, 27^e année, p. 251. — Vidal présente un kyste ovarique du volume du poing, enflammé, et communiquant avec le péritoine par une large ouverture. Une péritonite s'était déclarée brusquement. Le kyste n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie.

202. WALDENSTROM. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*,

1873. II, p. 618; — in Olshausen : *loc. cit.*, p. 219. — Un kyste éclata par le choc de la ponction. Péritonite.

203. SPENCER WELLS. — *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883, p. 114. — Gouvernante, âgée de 54 ans. Opération. Le péritoine, très épaissi, contenait plusieurs litres d'un liquide séreux, rougeâtre. Kyste multiloculaire, rompu en arrière. Au-dessous se trouvait un vaste kyste secondaire. « Je le ponctionnai et le vidai et je remarquai alors que sa tunique externe adhérait si intimement non seulement à la paroi abdominale, mais aussi à l'utérus et aux parois du bassin que je renonçai à toute tentative de décollement, surtout en apercevant de petits nodules durs, blanchâtres, qui me parurent très suspects et que je considérai comme carcinomateux ». Mort trois jours après.

204. SPENCER WELLS. — *Loc. cit.*, p. 177. — Demoiselle de 29 ans, kyste simple. « Malgré le volume de son abdomen, elle était en train de danser quand tout à coup elle pousse un cri, pâlit, et tombe. Le lendemain elle commençait à évacuer par l'urèthre une grande quantité de liquide, environ 15 à 20 litres pendant trois ou quatre jours, jusqu'à ce que l'abdomen eût repris son volume normal ». Le liquide se reproduisit et quelque temps après « un jour qu'elle allait monter dans l'omnibus à Portsmouth elle tomba sur le ventre. Peu après une diurèse profuse s'établit et le volume de l'abdomen diminua comme auparavant ». Cinq ans après « elle continuait à se bien porter. »

205. SPENCER WELLS. — *Loc. cit.*, p. 401. — 29 ans; grossesse d'environ 6 mois, tumeur ovarique douloureuse. Le 26 septembre 1864, les douleurs, qui avaient disparu pendant quelque temps, « reparurent avec beaucoup d'intensité et avec des symptômes évidents de péritonite. Le 28, on crut qu'elle était en travail. Les membranes faisaient saillie, on les rompit, et, quelques heures après, naissait une fille, qui vécut vingt-quatre heures. Les symptômes de péritonite s'accrochèrent et la malade mourut quatre jours après être accouchée. » — Autopsie. Kyste volumineux de l'ovaire droit, flasque, en partie vide. L'abdomen

contient une grande quantité de sérosité liquide. Pédicule long de 35 millimètres, tordu comme une corde. La paroi du kyste est infiltrée de sang et présente une ouverture à la face postérieure. La cavité de la tumeur contient du sérum sanguin et des caillots.

206. SPENCER WELLS. — *Loc. cit.*, p. 403. — La malade, âgée de 24 ans, portait une tumeur qui avait été découverte la nuit de ses noces (octobre 1866), et qui après le mariage augmenta rapidement et devint douloureuse. Avortement spontané à 6 mois (juin 1868). Huit jours après, douleurs vives, accélération du pouls. Cet état se maintint huit à dix jours. « Un matin, après s'être retournée brusquement dans le lit, elle s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre dans elle et mourut subitement. » L'abdomen était devenu flasque ; on n'y sentait plus de tumeur.

207. SPENCER WELLS. — *Loc. cit.*, p. 404. — 24 ans ; trois tumeurs : une centrale qui paraissait être l'utérus gravide, et deux latérales qui paraissaient kystiques. « Quinze jours après on entendait les bruits du cœur fœtal. Le 8 février 1869, à 4 heures du matin, après s'être trouvée très bien la veille, elle s'éveilla au bout de trois heures de sommeil, se plaignit de grandes douleurs, toussa, tomba sur son dos et mourut subitement. On ne put faire l'autopsie, mais il est à présumer qu'un kyste volumineux a dû se rompre. »

208. SPENCER WELLS. — In Moulis : *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 23. — Une malade mourut subitement deux heures avant l'arrivée de Spencer Wells qui devait l'opérer. — A l'autopsie on trouva une torsion du pédicule d'un kyste ovarique. Il y avait eu une abondante hémorrhagie intra-kystique, perforation de la poche et épanchement dans la cavité abdominale.

209. SPENCER WELLS. — *Loc. cit.*, p. 414. — 37 ans ; ponction au septième mois d'une grossesse. Quand Spencer Wells la vit (21 mars 1876), la malade souffrait de péritonite, d'obstruction intestinale et était pres-

que moribonde. Le lendemain on fit l'ovariotomie ; le kyste était rompu. Accouchement neuf heures après. La malade alla bien pendant deux jours, et mourut le cinquième jour après l'opération.

210. SPENCER WELLS. — *Path. Soc. of London*, 19 mars 1861 ; — *Lancet*, 1861, I, 6 avril, p. 344. — 53 ans, mariée ; tumeur volumineuse et ascite. Ponction de l'ascite le 25 février. La deuxième nuit après la ponction, douleurs. Le troisième jour, l'ascite s'était reproduite. Péritonite, mort le sixième jour. La veille du jour de la mort, une sonde passée par la cicatrice de ponction évacua trois pintes de sérum trouble. — Autopsie. Péritonite. Tumeur volumineuse perforée en arrière et en bas.

211. WEST. — In Lesavre : *loc. cit.*, p. 31. — West rapporte un cas de rupture d'un kyste qu'il crut paraovarique. La tumeur disparut subitement. Il n'y eut pas d'accident.

212. WEST. — In Olshausen : *loc. cit.*, p. 116. — Dans deux cas le kyste était rompu au niveau du point où il s'appuyait sur le détroit supérieur du bassin.

213. WEST. — In Boinet : *loc. cit.*, p. 397. — Jeune femme, porteuse d'un kyste qui fut ponctionné par le vagin ; on retira 16 onces d'un liquide albumineux. Le quarante-deuxième jour après cette ponction, on s'apprêtait à en faire une seconde, quand quelques personnes furent frappées de voir que la tumeur paraissait moins volumineuse que les jours précédents. On ajourna la ponction ; la tumeur continua à s'affaïsser lentement, et, quatorze jours après, elle avait disparu. West explique cette guérison par une résorption, tout en considérant la résorption comme extrêmement rare. Boinet croit à l'écoulement du liquide par l'orifice de ponction qui se serait rouvert spontanément.

214. WEST. — In Boinet : *loc. cit.* — Ponction cinq semaines après la naissance du quatrième enfant. On retira sept pintes de liquide gélatineux, ambré. Dix-neuf jours après, étant assise sur son sofa, la malade fut prise subitement d'une violente douleur, d'une grande faiblesse ; puis

péritonite générale. L'abdomen devint alors deux fois plus volumineux qu'avant la ponction, puis au bout de deux mois il diminua. On sentit alors, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui disparut elle-même au bout de neuf mois.

215. WOILLEZ. — *Soc. méd. Hôp.*, 1856 ; — in Hue : *loc. cit.* — Woillez cite un cas où la rupture d'une poche eut lieu par suite de pressions exercées par le médecin pour vider une poche ponctionnée.



RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES

1° Ruptures à l'extérieur

216. ANDERSON. — *Edinburgh med. and surg. Jour.*, t. II, 1806, p. 180; — in Lebert, *loc. cit.*, — 30 ans, accouchements il y a neuf ans et sept ans. Depuis sept ans douleurs dans le flanc droit. Deux autres accouchements à deux ans d'intervalle. Puis cinquième grossesse pendant laquelle les douleurs augmentèrent. Après l'accouchement un abcès s'ouvrit près de l'ombilic et suppura pendant sept mois jusqu'à la mort. Quelques poils sortirent par la fistule. — Kyste de l'ovaire droit contenant des dents et des poils.

217. BARNES. — *Medical Times*, 1861, II, p. 608; — in Grognot, *loc. cit.* — Eliza Z..., 38 ans, mariée, atteinte de tumeur ovarique. Vers la fin de janvier 1861, il se fit une ulcération au niveau du nombril et il s'écoula une grande quantité de liquide gélatineux, puis des poils et enfin du pus. A l'entrée de la malade à l'hôpital (juillet 1861), tumeur du volume d'une tête d'adulte; deux fistules à droite de l'ombilic. Le 15 août, on élargit une des fistules. Il sortit de la tumeur une grande quantité de pus horriblement fétide et des poils. Les jours suivants l'écoulement diminua et au mois d'octobre les plaies étaient fermées et la malade guérie.

218. BEAUPOIL. — *Gazette médicale de Paris*, 1851, 8 mars, n° 10, p. 149. — Mme P..., 31 ans, mariée. Le 19 avril 1847, Beau-

poil constata dans l'hypochondre gauche l'existence d'une tumeur dure, tendue, volumineuse ; l'abdomen était douloureux. Le 2 mai les douleurs devinrent intolérables ; nausées et vomissements. Les jours suivants la douleur diminua, mais la partie déclive de l'abdomen devint fluctuante. Le 26 mai, douleurs, nausées, vomissements, fièvre, pouls à 130. Un point de l'abdomen se soulève à droite et au-dessous de l'ombilic. Cette tuméfaction augmenta et atteignit le 6 juin le volume du poing d'un adulte ; elle était réductible, sonore à la percussion. Le 6 juin « à une heure, la malade se lève pour voir passer la procession de la Fête-Dieu, se met à genoux, pousse un grand cri, et tombe évanouie. » La tumeur était ouverte et donnait issue à un pus fétide, dont l'écoulement produisait une sensation de brûlure. La tumeur disparut. Le troisième jour l'écoulement du pus diminua ; mais la malade ayant laissé la fistule se fermer, il s'en forma de nouvelles à deux reprises. Au mois d'août la malade était complètement rétablie. — Beaupoil croit à une rupture du kyste ayant permis l'épanchement du liquide dans le péritoine, cause de péritonite, puis à l'évacuation d'une péritonite purulente à l'extérieur. Il insiste sur l'antagonisme qu'il a observé entre des phénomènes de diarrhée et l'appétit et sur la voracité de cet appétit qui s'est opposée à l'infection purulente.

219. BRETIN. — *Art. N. C.*, t. 8, obs. 79 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 231. — Tumeur abdominale. Distension de l'ombilic ; rupture, issue du liquide. Guérison.

220. BRIGHT. — *Guy's Hospital Reports* ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 230. — Deux ponctions. Quelques mois après la dernière, la tumeur s'ouvrit spontanément au point où les ponctions avaient été faites. Guérison.

221. CASATI. — *Raccoglitore medico*, 1861 ; — in Grognot, *loc. cit.* — Développement rapide à la suite d'une chute. Suppuration et ouverture spontanée à l'extérieur. Guérison en quinze jours. Accouchement heureux à terme six semaines plus tard.

222. DAVIES. — *London med. Gaz.*, XXIV, p. 366 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 231. — Rupture à l'ombilic. L'écoulement de liquide dura sept ans pendant lesquels la santé de la malade fut assez bonne. Deux ans après la malade mourut d'apoplexie.

223. DEGNER. — *Art. N. C.*, t. 5, obs. 2 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 251. — Rupture à l'ombilic. Guérison.

224. DOUGLASS. — *Lond. med. Gaz.*, XXV, p. 396 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 231. — Ouverture à l'ombilic. La malade mourut deux mois après de péritonite.

225. FABRICE DE HILDEN. — *Observationum centuriæ* ; cent. 5, obs. 48 ; Lugd., 1641, I ; — in Lebert : *loc. cit.* — Une femme devint hydropique après un accouchement. Trois jours avant sa mort, il se fit une ouverture à l'ombilic, par laquelle sortirent 20 litres d'eau et beaucoup de poils. — Autopsie : tumeur de l'ovaire droit contenant de la graisse et des poils.

226. GRANVILLE. — *Edinburgh med. and surg. Jour.*, vol. 47 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 230. — La tumeur s'ouvrit à la paroi ; il sortit du pus, puis le kyste lui-même.

227. HEINRICH. — *Zeit. für rat. Med.*, V, 1846 ; — in Grognot : *loc. cit.* — Mariée à 17 ans, onze enfants. Développement d'un kyste après la naissance du dernier. Ouverture à la paroi abdominale. Fistule, sortie de cheveux. Guérison.

228. MAGNUS HUSS. — *Loc. cit.* — Saillie du nombril, ulcération, écoulement du contenu du kyste. L'écoulement devint purulent. Mort. — Autopsie : kyste uniloculaire à parois épaisses en partie cartilagineuses ; ulcérations étendues dans sa partie antérieure.

229. INGLEBY. — *Lancet*, 1839, II, p. 12 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 231. — Ulcération de la paroi abdominale ; évacuation du contenu du kyste. Guérison.

230. JARJAVAY. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*,

1852, 27^e année, p. 202. — Kyste ouvert à la partie inférieure de l'abdomen à 3 centimètres au-dessus du pubis. Un abcès ayant apparu en ce point, on l'ouvrit, il en sortit des poils. Morte d'épuisement. — Cette ouverture conduisait dans un kyste ovarique, placé au-devant de l'utérus, sur les côtés de la vessie.

231. KROGMANN. — *Centralbl. für Chirurgie*, 1879, n° 13, p. 223 ; — in Lefranc : *Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Nancy, 1886. — Jeune fille de 17 ans, portant une tumeur de la fosse iliaque gauche depuis 1876. En juillet de la même année, la tumeur s'ouvrit au niveau de l'ombilic ; il en sortit un liquide peu épais, jaunâtre ; il persista une fistule par laquelle s'écoulait journellement une tasse d'un liquide qui devint bientôt purulent. Vers la fin de décembre, on remarqua pour la première fois dans le pus quelques cheveux, puis la sécrétion devint fétide. A l'entrée de la malade à la clinique d'Esmarch, en décembre 1877, on ne pouvait limiter la tumeur. On y pénétrait de 22 centimètres dans la profondeur. Par le toucher rectal on la sentait derrière l'utérus. Le kyste fut râclé ; on y fit des injections d'acide phénique et de teinture d'iode. La malade sortit de l'hôpital le 1^{er} juillet. La tumeur était grosse comme le poing, la sécrétion minime et sans odeur.

232. LAFLIZE. — *Bacher, Journ. de médecine*, 1792, p. 301 ; — in Lebert : *loc. cit.* — Jeune fille de 18 ans, tumeur dans la partie latérale gauche de l'abdomen. Ouverture. Il sortit du pus, des cheveux, puis un os avec huit dents. Guérison.

233. LANSBRECHT. — *Medicinische Zeitung*, 1844, n° 30 ; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 230. — 28 ans ; tumeur de l'ovaire, datant de deux ans. Saillie, puis ulcération de l'ombilic. Ecoulement purulent ; guérison. La malade se maria, devint enceinte. Après l'accouchement, le ventre augmenta de volume. L'augmentation était due à un kyste ovarique qui se termina par la formation d'un abcès comme la première fois.

234. LEARED. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — Evacuation d'un kyste à l'extérieur. Mort.

235. MEAD. — In Tilt: *loc. cit.*, p. 230. — Mead vit un jour une femme atteinte d'un kyste ovarique très volumineux qu'il n'osa pas ponctionner à cause de la faiblesse extrême de la malade. Quelques jours après, apprenant qu'elle était encore en vie, il alla la voir. La tumeur s'était ouverte à l'ombilic et il s'était écoulé dix-huit pintes de liquide en deux jours. Guérison.

236. MONRO. — *Essais d'Edimbourg*, VI, p. 409 ; — in Boivin et Dugès : *loc. cit.*, p. 537. — Ouverture dans l'aîne. Guérison.

237. MONTGOMERY. — *Dublin quarterly journ.*, août 1846 ; — *Archives générales de médecine*, 1847, 4^e Série, t. 13, p. 123. — Jeune fille, domestique à la campagne, vit ses règles s'arrêter et une tumeur se former dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur vint faire saillie et s'ouvrir à droite de l'ombilic. Il en sortit du liquide fétide et des cheveux.

238. MOORE. — In Barnes : *loc. cit.*, p. 280. — Kyste volumineux ; près de l'ombilic se forma une ouverture par laquelle s'écoula du pus ; on l'élargit, il sortit trois kilog. et demi de matière semblable à du mastic. Vomissements, mort. — Autopsie : kyste adhérent, dont les parois étaient en partie crétacées et qui contenait des cheveux et des dents.

239. NÉLATON et PÉAN. — In Grognot : *loc. cit.* — Un kyste s'était rompu à la paroi abdominale. L'ouverture s'étendait obliquement depuis l'ombilic jusqu'à l'arcade crurale.

240. OLSHAUSEN. — In Lefranc : *loc. cit.*, p. 64. — Fistule génito-crurale consécutive à la suppuration d'un kyste dermoïde. Olshausen élargit l'orifice ; il râcla et draina le kyste. La malade guérit.

241. RAMSBOTHAM. — *London Med. Gaz.* ; — In Tilt : *loc. cit.*,

p. 230. — Ramsbotham raconte que son père fut prié de venir voir une dame de 40 ans, dont le ventre, disait-on, avait éclaté. Il trouva la chambre dans laquelle elle était couchée, inondée d'un liquide qui avait coulé par une ulcération de l'ombilic. La malade guérit et vécut encore huit ans.

Mme Waite (*thèse de Paris*, 1883) nous rapporte l'histoire d'une malade de Ramsbotham (*Médical Gazette*, 15 août 1835), la même peut-être que celle du cas précédent. Cette malade présenta une rupture du kyste au niveau de l'ombilic. L'orifice se ferma et la femme prit l'habitude de se ponctionner l'ombilic avec une aiguille chaque fois qu'il devenait saillant.

242. RICHEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 136. — La tumeur s'ouvrit au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque. Richet dilata le trajet et retira des dents, des os, des cheveux. Péritonite et mort. — Une fissure s'était faite dans les adhérences qui unissaient la tumeur à la paroi abdominale.

243. ROBERTS. — *Spontan Entleerung von Ovarialcysten*; — *Centralblatt für Gynæk.*, 1886, n° 19; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1886, II. — Evacuations répétées par la paroi abdominale. Mort.

244. SCANZONI. — *Frauenkrankheiten*, p. 600; — in Grognot: *loc. cit.* — Rupture à l'ombilic.

245. SIEBOLD. — *Zeitschrift für rat. Med.*, 1846; — in Grognot: *loc. cit.* — 36 ans; fistule à un pouce au-dessus de l'ombilic. Expulsion de cheveux, de dents. Guérison.

246. — TURETTA. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1882, II. — Kystedermoïde de l'ovaire suppuré et ouvert à la paroi abdominale. Guérison.

247. TUTON. — *American Journal of medical science*, 1844. — in Tilt: *loc. cit.*, p. 231. — Rupture à l'ombilic. Iodure de fer. Guérison.

248. VALLERAND DE LAFOSSE. — Cruveilhier : *Anat. Path.*, Paris, 1816 ; t. II, p. 167 ; — in Lebert : *loc. cit.* — Un kyste s'ouvrit à la partie inférieure et droite de l'abdomen. Il en sortit du pus avec des poils longs et blonds. Morte d'épuisement.

249. WEST. — In Grognot : *loc. cit.* — Deux cas d'ouverture à la paroi, une guérison et une mort.

2° Ruptures dans les voies digestives

250 ALLCHIN. — *Lancet*, 1880, II, 30 octobre. — in M^{me} Waite : *loc. cit.*, p. 102. — A l'autopsie on trouva un vaste abcès de l'ovaire communiquant avec le rectum par une ouverture de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, située à 6 cent. au-dessus de l'anus.

251. ATLEE. — *Boston med. and. surg. journal*, 1885, 7 mai : — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1885, II. — Kyste dermoïde ouvert spontanément dans l'intestin. Guérison.

252. BARNES. — *Loc. cit.*, p. 288. — Pièce de musée : kyste de l'ovaire gauche, communiquant avec l'iléon par un orifice situé à 120 millimètres de la valvule iléo-cœcale. Quelques semaines avant la mort, après l'issue d'une grande quantité de liquide par l'anus, la malade avait vu la tumeur abdominale diminuer, et la matité faire place à de la résonnance.

253. BARNES. — *Loc. cit.*, p. 289. — Pièce de musée présentant une communication entre un kyste et la partie supérieure du rectum.

Une autre pièce présente un abcès fécal communiquant avec un kyste.

254. BLACK. — *Australian med. Record*, 1881, 15 mai ; — in M^{me} Waite : *loc. cit.* — 48 ans, tuberculeuse ; le kyste se vida trois fois

dans l'intestin à quelques semaines d'intervalle chaque fois avec aggravation des symptômes pulmonaires. Mort par phtisie galopante. Black admit qu'il y avait une tuberculose intestinale, et que la pression du kyste avait amené une inflammation, des adhérences et la perforation.

255. BLUNDELL. — *Maladies des femmes*, p. 122 ; — in Churchill : *Traité pratique des maladies des femmes*. 1866, p. 612. — Une femme atteinte de kyste ovarique était soulagée par des vomissements et par des selles d'eau.

256. BOINET. — *Loc. cit.* — Jeune fille de 20 ans ; communication siégeant au-dessus du sphincter supérieur. Les matières ne s'écoulaient qu'au moment des selles. Santé générale bonne.

257. BOIVIN et DUGÈS. — *Loc. cit.* — Une malade était traitée pour entérite chronique. A l'autopsie on trouva un kyste de l'ovaire gauche communiquant avec le rectum et rempli de matières fécales.

258. BOUCHACOURT. — *Gazette médicale*, 1850, p. 635 ; — in Lebert : *loc. cit.* — Jeune fille, pâle, sujette à la constipation. Elle rendit un jour beaucoup de pus par l'anus. Cet écoulement purulent continua pendant sept mois. Quinze jours après le commencement, une mèche de cheveux sortit par l'anus. La suppuration était arrêtée depuis longtemps, quand un jour la malade éprouva du ténesme rectal, une sensation de corps étranger. A l'examen, on trouva une tumeur adhérente par un pédicule ; cette tumeur fut expulsée, le pédicule fut lié et coupé. Guérison. La tumeur contenait des poils et des dents.

259. BOURDET. — *Union médicale*, 1850, p. 507 ; — in Terrier : *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877, p. 830. — Une femme, détenue à Clairvaux, présentait une tumeur dans le flanc gauche. Elle eut des vomissements continuels pendant quatre mois, puis de la diarrhée. Le volume de l'abdomen diminua ; la malade sortit non guérie.

260. BRIGHT. — *Guy's Hospital Reports*, avril 1838 ; — in *Archives générales de médecine*, 1838, série 3, t. 3, p. 225. — Marie-

Anne Jones, 21 ans, tumeur à la partie inférieure de l'abdomen ; souffrances vives et continuelles. La malade fut prise de diarrhée ; selles abondantes, boueuses, sans pus. La tumeur s'affaissa peu à peu ; elle variait de volume suivant l'abondance des selles. — Autopsie. Tumeur de l'ovaire droit placée derrière l'utérus. Communication avec le cœcum. La tumeur et le côlon ascendant et transverse contenaient un liquide rougeâtre.

261. BRISTOWE. — *Path. Transactions*, t. 14 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Chez une phtisique, il se forma des abcès fécaux, dont l'un finit par perforer le kyste ovarien.

262. — BROOMALL. — *Amer. Journ. of Obstet.*, octobre 1884, p. 1019 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1884, II. — Rupture d'un kyste ovarique dans l'intestin. Mort.

263. CAMERON. — *Glasgow Med. Journ.*, 1887, t. 28, 3, p. 161 ; — in *Schmidt's Jahrbücher*, 1888, 1, Bd 218, n° 1, p. 50. — Communication d'un kyste avec l'intestin, adhérences nombreuses. Suture du kyste à la paroi abdominale, et drainage. Guérison.

264. CARPENTER (d'Oneida, N. Y.) — *Lancet*, 1886, I, 30 janvier. — Un kyste de l'ovaire se rompit dans le gros intestin, probablement au niveau de l'S iliaque. La malade guérit rapidement.

265. COCKLE. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — 50 ans, tumeur ovarienne. La malade sentit quelque chose se rompre en elle ; une matière particulière s'échappa par l'anus. Mort. — Perforation rectale.

266. COOPER ROSE. — *Transact. London obst. Society*, 1868, IX, p. 44 ; — in Olshausen : *loc. cit.* p. 121. — Deux kystes. Le kyste de l'ovaire droit s'ouvrit dans le cœcum et plus tard à l'extérieur ; le kyste de l'ovaire gauche s'ouvrit dans le rectum. La malade mourut d'épuisement.

267. CUVIER. — *Archives de tocologie*, septembre 1877 ; —

Virchow und Hirsch Jahresbericht, 1878, II. — Kyste ouvert dans l'intestin.

268. DENMAN. — *Med. and Phys. journal*, II, p. 20 ; — in Boivin et Dugès : *loc. cit.* — Evacuation par le rectum d'un liquide gélatineux. Guérison.

269. EMERY. — *Archives générales de médecine*, 1827, t. 15, p. 615. — Femme atteinte de kyste de l'ovaire. Six ponctions. La malade mourut, et, quelques jours avant sa mort, elle rejeta par la bouche un liquide analogue à celui qu'on avait retiré par la ponction. — A l'autopsie on ne trouva pas de communication avec l'estomac ni avec l'intestin. — Emery et Cloquet croient à une métastase, s'appuyant sur l'autorité de M. Ribes qui a publié des faits analogues dans le recueil de la Société médicale d'émulation.

270. FRÄNKEL. — *Virchow Arch.*, 1883, Bd 91 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1883, II. — Kyste dermoïde, torsion du pédicule, suppuration, ouverture dans l'intestin, mort.

271. FRASER. — *Medic. chirurg. Review*, 1844 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 37. — Avortement au quatrième mois, six semaines après une ponction. Douleurs. Quatorze jours après, le kyste se rompt dans l'intestin, qui laisse écouler une grande quantité d'une matière brune et infecte. L'écoulement dura trois à quatre semaines. La malade guérit.

272. GILLETTE. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1878, p. 738 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1878, II. — 36 ans, ponction d'un kyste, suppuration ; évacuation du pus par les selles le 21 juin 1877. Quelques jours après, vomissements purulents. Mort le 31 juillet. — Kyste de l'ovaire gauche ouvert dans l'iléon et le cœcum.

273. HABERSHON. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — Kyste communiquant avec le rectum.

274. HUNTER. — *Lancet*, 1861, I, 26 janvier, p. 83. — Femme enceinte. Ecoulement par le rectum d'un liquide albumineux. Trois semaines après, avortement à quatre mois.

275. MAGNUS HUSS. — *Loc. cit.* — Ouverture dans le rectum, inflammation, gangrène de l'intestin. Mort.

276. JACOBI. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1883, p. 1160 ; — in Lefranc : *loc. cit.*, p. 88. — M. L., 31 ans, célibataire. A la suite d'un effort elle ressentit une violente douleur dans la région inguinale droite. Tumeur de la grosseur d'une orange. « L'utérus étant en rétroversion on le remet en place. Six semaines après, on fait une ponction aspiratrice de la tumeur à travers le vagin, et l'on retire deux onces environ d'un liquide jaunâtre et épais. La malade accuse aussitôt de vives douleurs. Fièvre, suppuration du kyste qui se vida par le rectum. Etat septicémique chronique qui dura plusieurs années. »

277. JANOVIN. — *Archives de tocologie*, 1886, p. 145. — 48 ans. Depuis vingt-cinq ans, douleurs dans la région iliaque droite. « Il y a six ans, allant à la garde-robe, elle vit sortir par l'anus une touffe de cheveux qu'elle chercha vainement à arracher. » Trois ans après elle put l'arracher. Puis constipation opiniâtre. Opération le 28 mai 1885. Kyste dermoïde des deux ovaires. De la tumeur de l'ovaire gauche partait « un prolongement fibreux, se dirigeant du côté du rectum. En tirant sur ce prolongement avec une force suffisante, on déchira le rectum sur une longueur de 37 millimètres et l'on attira par cette ouverture un petit diverticulum relié à la tumeur par le prolongement fibreux et sur lequel avait poussé une touffe de cheveux noirs tout imprégnés de matières fécales. Ce diverticule du volume d'un œuf de pigeon avait ulcéré le rectum et y avait pénétré. » Guérison.

278. LACROUSILLE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1864, 39^e année, 2^e série, t. 9, p. 445. — Kyste ovarique ouvert dans la partie inférieure du rectum. Parois épaisses, comme cartilagineuses. Le liquide renfermait de la cholestérine et du pus. La tumeur avait été considérée par Houel comme une hématocele, mais Brouardel, Desprès avaient cru à un kyste ovarique.

279. LEE. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — Lee a vu des abcès des deux ovaires s'ouvrir dans le rectum.

280. LÉOPOLD. — *Hémorr. et tum. sanguines de l'ovaire* ; — in Rollin : *loc. cit.*, p. 68. — Femme de 28 ans, jusque là bien portante ; tout à coup, pendant ses règles, à la suite d'un effort, la malade ressentit une violente douleur dans le bas-ventre ; en même temps apparut à droite de l'utérus une tumeur arrondie, douloureuse, dont le volume atteignit dès les premiers jours, le volume d'un œuf de poule. La tumeur diminua et devint mobile ; les douleurs cessèrent ; mais elles reparurent bientôt et persistèrent pendant deux ans. A ce moment, la tumeur augmenta de volume, devint fluctuante et s'ouvrit dans le rectum. La suppuration dura longtemps, la malade mourut de tuberculose. — Autopsie : l'ovaire gauche est du volume d'un œuf de poule et adhère au rectum avec lequel il communique.

281. LUMPE. — *Zeitsch. der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1858, n° 22, p. 337 ; — in Olshausen : *loc. cit.*, p. 121. — Une femme, après son troisième accouchement, présenta une tumeur ovarique. Une ponction donna issue à huit mesures de liquide verdâtre. Quelque temps après, on allait faire une deuxième ponction, quand tout à coup une diarrhée abondante se déclara et évacua un liquide de même nature. Les matières kystiques alternaient avec les matières fécales. Cet écoulement dura cinq semaines ; la tumeur disparut, et la malade guérit.

282. MARTIN. — *Ueber die Eierstokswassersuchten*, Iéna, 1852, p. 35 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 37. — Après un accouchement le kyste s'enflamma et se vida dans le rectum. Guérison.

283. MILLMAN-COLEY. — *Edinb. med. Journ.*, 1814, VI, p. 50 ; — in Lebert : *loc. cit.* — 28 ans ; depuis cinq ans, aménorrhée, douleur et tumeur dans le flanc droit. Etat hectique. Un abcès s'ouvrit dans le rectum ; au bout de quelques semaines la malade sembla guérie, bientôt les douleurs revinrent, fièvre, vomissements. Nouvelle amélioration pendant un an ; puis les mêmes accidents se reproduisent, et se terminent par la mort subite. — Autopsie. Le péritoine contient un liquide fétide et des gaz. L'ovaire droit a le volume d'une tête de fœtus

et paraît squirrheux. Cette tumeur contient des cheveux et des dents. Un trajet conduit de l'ovaire à l'intestin, au niveau de l'S iliaque. C'est la cicatrice de l'ancienne fistule.

284. MURCHISON. — *Path. Transact.*, vol. 18 ; — in Barnes : *loc. cit.*, p. 289. — 37 ans, kyste ovarique ; la malade fut prise d'une diarrhée sanguinolente qui dura seize jours sans que le ventre diminuât. Puis les selles continrent beaucoup de pus pendant trois jours ; au bout de huit jours, la tumeur avait disparu. Mort deux ou trois jours après. Le kyste s'était vidé dans le rectum à 102 millimètres au-dessus de l'anus.

285. E. NÉLATON. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1855, 30^e année, p. 463. — M... Elisabeth, 40 ans, entre à l'hôpital le 18 décembre 1854. Depuis huit mois, douleur dans le ventre ; depuis plusieurs mois, selles purulentes. Induration dans la fosse iliaque droite. Par le toucher rectal on sent, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus, un bourrelet formé de deux ou trois bosselures de la grosseur d'une petite noix ; induration à droite du rectum. Mort au mois de mars. — Autopsie. Péritonite. Deux tumeurs ; le kyste gauche contient un liquide citrin ; le kyste droit du pus et des gaz. Un orifice de 3 à 4 millimètres fait communiquer cette tumeur avec un abcès de la fosse iliaque se prolongeant dans le canal crural. Un trajet de la longueur du petit doigt la fait communiquer avec une anse de l'S iliaque.

286. OLLENROTH. — *Compendium de médecine*, t. VI, 1845, p. 256 ; — in Terrier : *loc. cit.* — Monneret et Fleury, rapportent une observation due à Ollenroth, dans laquelle le kyste se serait ouvert dans l'iléon, puis dans l'estomac.

287. PEREYRA. — *Journal de la Société de médecine de Bordeaux* ; — in Terrier : *loc. cit.* — Tumeur datant de l'enfance. Vers l'âge de 10 ans, péritonite avec issue par les selles d'un liquide noirâtre. La malade se marie, et avorte deux fois. Au deuxième avorte-

ment, nouvelle péritonite, vomissements d'un liquide de même aspect ; diminution de la tumeur. Quelque temps après, troisième péritonite. Une ponction donne issue à un liquide noirâtre. Mort. — Autopsie : kyste dermoïde et foyer de péritonite communiquant avec l'intestin par deux ouvertures. Le kyste s'ouvrait-il dans le foyer ? On ne put le voir nettement.

288. POLK. — *Amer. Journ. of Obstet*, février 1884, p. 167 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1884, II. — Kyste de l'ovaire communiquant avec le rectum.

289. PORTAL. — In Olshausen : *loc. cit.*, p. 118. — Une femme, atteinte de kyste ovarique, rendit subitement 10 pintes de liquide par vomissement ; dans les cinq jours suivants, elle en rendit encore 14 pintes : la tumeur ne fut plus perceptible.

290. PRENGRUEBER. — *Alger médical*, juillet 1880, p. 210 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Kyste ovarique ; accidents d'obstruction intestinale. Lavements d'eau de Seltz. A la suite de ces lavements, la tumeur diminua, en même temps que la malade eut de la diarrhée. Un mois après, la tumeur avait disparu.

291. RADCLIFFE. — *Amer. med. News*, 1885, 16 mai ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1885, II. — Evacuation d'un kyste de l'ovaire dans l'intestin. Mort au bout de trois semaines.

292. ROBERTS. — *Spontan Entleerung von Ovarialcysten* ; — *Centralbl. für Gyn.* ; 1886, n° 19 ; — in *Virchow und Hirsch Jahresbericht*. — Kyste adhérent au côlon : évacuation d'un liquide couleur chocolat ; diminution de la tumeur.

293. ROBERTS. — *Loc. cit.* — Kyste multiloculaire qui diminua fortement à la suite d'une diarrhée abondante. Laparotomie, kyste adhérent au côlon. Mort.

294. — ROTUREAU. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1842, 17^e année, p. 135. — Caroline M..., 32 ans. Tumeur datant d'environ huit ans et demi, douloureuse depuis huit mois.

Fausse couche il y a deux mois ; à partir de ce moment, augmentation de volume de la tumeur, vomissements bilieux. Entrée à l'hôpital le 21 janvier 1842. Tumeur du volume d'une tête d'adulte. Respiration difficile, face ictérique, pouls à 130. Le 9 février, vomissements, selles abondantes et fétides, contenant des flocons jaunes ; les vomissements continuèrent jusqu'au 22 février, date de la mort de la malade. — Autopsie. Tumeur adhérente à l'intestin grêle ; deux communications : l'une de 1 centim. 1/4 de largeur à 7 centim. de la valvule iléo-cœcale, l'autre de 9 millim. à 2 centim. au-dessus de la première.

295. SCANZONI. — *Frauenkrankheiten*, 5 Auflag, p. 599 ; — in Olshausen : *loc. cit.*, p. 116. — Rupture dans le rectum, pendant un accouchement normal.

296. TOURNAY. — *Presse médicale belge*, 1881, 20 novembre ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — Femme de 28 ans, présentant un kyste ovarique. La veille du jour de l'opération, elle prit un peu d'huile de ricin, puis, quelques heures après, elle prit un bain. Dans le bain elle eut une envie irrésistible d'aller à la selle, et rendit une grande quantité d'un liquide épais, roussâtre, mélangé de flocons blanchâtres et de caillots sanguins. Tendance à la syncope. La malade rentra chez elle. Le soir elle remplit encore deux vases d'un liquide foncé et grumeleux. Elle eut alors une syncope ; puis frissons, vomissements, ballonnement, fièvre, signes d'une péritonite qui dura huit jours. Un mois après elle était guérie ; elle avait encore une ou deux selles par jour, généralement liquides, abondantes, noirâtres.

297. VIRCHOW. — *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1859, Bd. 13, Ht. 3, p. 166. — Ouverture dans le rectum d'un kyste dermoïde. Hecticité. Mort.

298. WEST. — In Boinet : *loc. cit.*, p. 259. — West a observé, à l'hôpital St-Barthélemy à Londres, une communication entre un kyste volumineux et le rectum. L'orifice était situé au-dessus du sphincter interne, son diamètre était égal à celui d'une pièce de vingt francs.

Dans les derniers jours de sa vie, la malade avait évacué plusieurs litres d'un liquide épais et grumeleux; les douleurs de la malade avaient diminué, la constipation opiniâtre produite par la compression avait disparu.

3° *Ruptures dans les organes génitaux.*

299. ABERNETHY. — Ramsbotham: *Medic. Gazette*, 1835, 8 août; — in Mme Waite: *loc. cit.* — Une femme fuyant devant une vache se sentit tout-à-coup inondée par le liquide kystique et se trouva débarrassée de sa tumeur.

300. ANDERSON. — In Spencer Wells: *loc. cit.*, p. 21. — Une malade, à qui on devait faire une ponction, perdit tout-à-coup une grande quantité d'un liquide albumineux contenant des cristaux de cholestérine. Six mois après, elle succombait à un accès d'hémoptysie. — A l'autopsie on trouva un kyste à parois épaisses, vide, affaissé et flottant dans la cavité abdominale. Il présentait une ouverture et on pouvait facilement faire passer une sonde d'un certain calibre par la trompe, l'utérus et le vagin.

301. ASHWELL. — *Lehrbuch der Krankheiten der Weiblichen*, p. 147; — in Treille, *loc. cit.*, p. 29. — Pendant l'accouchement, rupture du kyste dans le vagin. Mort au deuxième jour.

302. BARNES. — *Saint-Thomas Hospital Reports*, 1878; — *Archives de tologie*, 1879, p. 49. — Mme T... Pendant son premier accouchement, le médecin fut obligé de faire une incision dans le tissu de l'utérus pour délivrer l'enfant. Aussitôt après la délivrance, on retira de l'utérus une masse volumineuse de cheveux. On n'avait cependant pas incisé la paroi du kyste. Peu de temps après, un abcès se forma derrière l'utérus et vint s'ouvrir dans le vagin. Barnes agrandit l'ouverture au bistouri. Il retira un paquet de cheveux, de la graisse, deux dents incisives. On fit des injections iodées répétées. La malade

finir par guérir vers le mois de mai 1878. — C'était un kyste dermoïde suppuré, qui s'était ouvert dans le vagin.

303. BARSTCHER. — *Loc. cit.*, p. 347. — N. N..., 38 ans, trois enfants, dont le plus jeune a trois ans. Pendant l'allaitement, douleurs lancinantes dans la région inguinale gauche, sans tuméfaction. L'enfant fut sevré à dix mois ; les règles revinrent régulièrement pendant quelque temps, puis cessèrent. Le volume de l'abdomen augmenta. A l'entrée de la malade à l'hôpital, ventre volumineux, circulation collatérale. (Edème des extrémités inférieures et de la région hypogastrique. Dans le cul-de-sac postérieur et gauche du vagin, on sentait une tumeur élastique ; par l'exploration abdominale et vaginale, on percevait de la fluctuation et du frémissement hydatique. On sentait la tumeur par l'anus. Aggravation de l'état général, cachexie. Le 10 septembre, douleurs très violentes, vomissements, syncopes fréquentes. En même temps, écoulement par le vagin d'une grande quantité d'eau teinte de sang. Le volume de l'abdomen diminua, la dyspnée et les autres symptômes alarmants se calmèrent, mais la malade éprouva des douleurs vives dans le vagin. Le doigt rencontrait, sur la paroi postérieure du vagin, près du cul-de-sac gauche, un orifice à bords irréguliers, par lequel s'écoulait de l'eau. La masse de liquide écoulé était de 6 à 7 livres, et contenait une grande quantité de kystes du volume d'une lentille à celui d'une noix. Trois jours après, hémorrhagie par la plaie du vagin qui fut arrêtée par l'emploi à l'intérieur d'acétate de plomb et d'opium et par des injections froides. Guérison rapide en six semaines. Six mois après les règles revinrent ; elles persistèrent régulièrement pendant trois ans, puis cessèrent. Quatre ans après la guérison du kyste, la malade mourut de tuberculose.

304. BAUCHET. — In Boinet : *loc. cit.*, p. 252. — Bauchet cite le cas d'une jeune dame dont le kyste se serait ouvert dans le vagin ; mais d'après les détails qu'il donne, Boinet croit que le kyste était tubo-ovarien.

305. BLASIUS. — *Allgem. med. Zeit.*, octobre 1834, n^{os} 87 et 88 ; — in Hüss : *loc. cit.* — 34 ans ; hydropisie ovarique croissante pendant quinze mois, puis expulsion du contenu par la matrice. Le kyste continua à se remplir et à se vider par la même voie à des intervalles irréguliers, 3, 4, 6 mois. La malade éprouvait de fortes douleurs avant l'évacuation du contenu. Les choses se passèrent ainsi pendant quatorze ans. Alors l'écoulement dura quatre semaines sans interruption. Six mois après, le même phénomène se reproduisit. Il n'y eut plus alors aucun écoulement.

306. BLASIUS. — *Loc. cit.* — Blasius rapporte un second cas analogue au premier. La malade mourut du choléra. — A l'autopsie, on trouva de chaque côté un kyste multiloculaire adhérent à la trompe. L'orifice péritonéal de la trompe droite communiquait avec l'un des kystes.

307. BOINET. — *Loc. cit.*, p. 173. — Jeune femme de 27 ans, hystérique, ayant une passion désordonnée pour les plaisirs solitaires. Avant son mariage elle éprouvait déjà une douleur sourde dans la fosse iliaque droite au niveau de l'ovaire. Quelques mois après une couche, à la suite d'excitations démesurées et contre nature, cette douleur devint très vive. L'ovaire acquit le volume du poing ; fièvre, frissons, vomissements. Une nuit la tumeur se rompit, et il s'écoula par le vagin plus d'un litre d'une matière aqueuse, glaireuse : les douleurs disparurent promptement. « Depuis cette époque qui date de plusieurs années déjà, il s'écoule constamment par le vagin une liqueur aqueuse plus ou moins abondante, mais qui augmente à certains moments, lorsque la malade s'abandonne à son vicieux penchant. »

308. BOIVIN. — *Recherches sur une des causes les plus fréquentes et la moins connue de l'avortement* ; — in Grognot : *loc. cit.*, p. 103. — Adèle B..., brodeuse, née à Paris, cessa d'être réglée à 24 ans. Légers malaises, pendant trois mois, puis douleurs vives dans le flanc droit, développement considérable de l'abdomen. Enflure

de tout le côté droit depuis l'épaule jusqu'au pied. Cet état dura environ trois ans. « Un jour en levant la jambe avec effort pour se mettre au lit, la malade sentit (dit-elle) quelque chose se rompre dans son corps, et presque en même temps une grande quantité de fluide séreux verdâtre, d'une odeur extrêmement fétide, s'échapper de la vulve. S'étant fait mettre sur un pot de nuit, le vase se trouva rempli en un instant. Pendant cinq ou six jours l'écoulement a continué de se faire par la même voie, et s'est terminé par une légère hémorrhagie. » Les douleurs disparurent, l'abdomen reprit son volume normal. « La malade se rétablit, reprit ses habitudes, son embonpoint ; les règles reparurent trois années après la première suppression, temps que dura la maladie et la convalescence. »

Mme Boivin cite un autre cas où il y eut récurrence.

309. BREWER. — *Obstet. Transact.*, XX, p. 184 ; — in Remy : *loc. cit.*, p. 91. — Pendant le travail, un kyste se vida par une fente du vagin, et l'accouchement se termina naturellement.

310. BUYS. — In Grognot : *loc. cit.* — Buys de Bruxelles a vu un kyste se remplissant et se vidant alternativement par un trajet fistuleux dans le vagin.

311. GOSSELIN. — *Union médicale*, 1869, 16 octobre, t. 8, p. 565. — Femme de 31 ans, kyste multiloculaire. Ouverture dans le vagin, suppuration, guérison.

312. HERBINIAUX. — *Traité sur divers accouchements laborieux*, Bruxelles, 1794, II, p. 298 ; — in Doumairon : *loc. cit.* — « Herbiniaux raconte qu'une jeune femme était restée plusieurs jours sans pouvoir accoucher, parce que la tête de l'enfant ne pouvait pas descendre dans le bassin. L'embryotomie fut nécessaire. Depuis ce temps la femme était souffrante, et Herbiniaux, appelé auprès d'elle, sentit dans la fosse iliaque gauche, une tumeur faisant saillie au-dessus de la symphyse pubienne. Le côté gauche du vagin, qui était tuméfié, donnait la sensation de fluctuation. On fit alors dans le vagin

des injections émollientes, et il s'en écoula bientôt une grande quantité de poils et de matière puriforme. L'année suivante, la femme accoucha sans le secours de l'art. »

313. HETMAN. — *Journal of Siebold*; — in Tilt : *loc. cit.*, p. 144. — Une femme, soulevant un objet lourd, sentit quelque chose se rompre en elle, et immédiatement après une grande quantité de liquide s'écoula par le vagin. Elle parut guérie pendant neuf ans. La tumeur se reforma alors et fut ponctionnée. La malade mourut et l'autopsie prouva que le liquide qui s'était écoulé provenait réellement d'un kyste ovarique.

314. JASINSKY. — *Graefe N. Walther, Journal*, t. 12, p. 3 ; — in Lebert : *loc. cit.* — 28 ans ; après le quatrième accouchement, leucorrhée abondante, douleur vive dans le vagin, tumeur qui s'ouvrit en donnant lieu à un écoulement puriforme. A la partie postérieure et gauche du vagin on trouva un corps dur qui causait de la douleur au mari pendant le coït et qui excoria la joue d'un cinquième enfant au moment de l'accouchement. C'était un os qui portait quatre dents.

315. LISFRANC. — In Tilt : *loc. cit.*, p. 144. — Un kyste de l'ovaire disparut subitement après que la malade eut évacué par la vulve une grande quantité d'un liquide jaune albumineux. La tumeur ne se remplit plus.

316. MONRO. — *Essais d'Edimbourg*, VI, p. 397 ; — in Boivin et Dugès : *loc. cit.* — Evacuation d'un kyste par le vagin, récurrence et mort.

317. MORGAGNI — *De sedibus et causis morborum*, traduction Desormaux et Destouet, VI, 38^e lettre, p. 145 ; — in Richard : *Mémoires de la Société de Chirurgie*, III, 1853, p. 121. — Une femme laissait écouler par le vagin environ une livre de liquide par jour ; à sa mort, on trouva la trompe très dilatée et contenant environ 140 livres d'un liquide glaireux.

FRANK. — *De curandis hominum morbis*, VI, pars prima ;

Tubingen, 1811 ; — in Richard : *loc. cit.* — Une femme perdait par l'utérus et le vagin environ une livre de sérosité par jour. Elle mourut de consomption. On trouva environ 130 livres de liquide glaireux dans la trompe gauche.

318. MUNDÉ. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1878 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1878, II. — Kyste dermoïde suppuré ouvert dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

319. PEASLEE. — In Grognot ; *loc. cit.* — Un kyste se vida tous les deux ou trois mois, pendant quatre ans, à travers la trompe, l'utérus et le vagin.

320. RICHARD. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1857, LII, p. 152. — Une jeune dame d'une vingtaine d'années vit, il y a deux ans, à la suite d'un accouchement naturel, se déclarer par les parties génitales externes, un écoulement de liquide séreux. Cette évacuation se faisait d'abord huit à dix fois par jour par un flot brusque quelle que fût la position de la malade. La quantité de liquide évacuée par jour excédait un litre. Cet écoulement n'était modifié en rien par les règles. Plus tard, la malade ne perdit plus que trois fois par jour, à des heures à peu près fixes. Elle présentait du côté droit de l'abdomen un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur du volume d'un œuf.

321. RICHARD. — *loc. cit.* — Une dame de 67 ans, après avoir éprouvé de vives douleurs dans le bas-ventre, alla consulter le Dr Debout, à Paris. Debout trouva une tumeur molle, fluctuante, oblongue, dans la région iliaque gauche. Il apprit en même temps qu'en 1848 la malade avait perdu pendant trois jours une grande quantité d'un liquide analogue à du blanc d'œuf. Il crut alors à l'existence d'un kyste tubo-ovarique. Il administra d'abord de l'opium, puis un purgatif, espérant qu'au moment de la débâcle intestinale, la poche se viderait dans l'utérus. En effet, pendant les efforts de défécation, il s'établit un écoulement de liquide gluant, ambré. Cet écoulement dura un an et cessa au mois de novembre 1853 ; depuis cette époque, la santé est bonne.

322. SACHSE. — *Med. Beob. und Bem.*, Bd. 2, 1839, p. 207 ; — in Olshausen : *loc. cit.*, p. 119. — Un kyste se vidait par le vagin toutes les quatre semaines, peu de temps avant les règles. Puis la tumeur resta volumineuse et fut ponctionnée par le vagin. Au bout de vingt ans, elle se rétracta au volume du poing au moment de la ménopause.

323. SALTER. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — Nombreuses ponctions. La malade perdit tout à coup une grande quantité de liquide par le vagin. Le kyste se vida complètement et ne s'est plus rempli. L'orifice se trouvait à la partie supérieure du vagin.

324. SCHAUTA. — *Wien. med. Blätter*, 1882, n° 291. — *Centralbl. für Gynæk.*, 1882, p. 619 ; — in Remy, *loc. cit.* — 19 ans ; pendant une grossesse le kyste se rompit dans la trompe ; deux ans après, à une nouvelle grossesse, il se rompit probablement dans la cavité péritonéale.

325. SIMPSON. — *Loc. cit.* — 26 ans ; tumeur datant d'une dizaine d'années. « La malade ressentit tout à coup, un soir en se mettant au lit, une vive sensibilité au niveau du kyste ; avant le matin, il y eut un abondant écoulement d'un liquide louche, un peu épais, par les voies génitales. La tumeur perdit beaucoup de son volume après cet écoulement qui ne dura cependant que quelques jours. Après la cessation de cette perte, la tumeur reprit de nouveau son volume excessif ; et, comme la patiente un jour se retournait sur le sofa, elle sentit, comme elle dit elle-même, « quelque chose se déchirer » dans le côté droit. Dans le courant de cette journée, un liquide clair et limpide commença de nouveau à couler en abondance par le vagin, et la tumeur immédiatement se ramollit et décrut de volume. Cet écoulement a continué depuis cette époque et dure maintenant depuis plusieurs années... La tumeur ovarique est actuellement beaucoup moins grosse qu'après sa dernière rupture, bien qu'elle soit encore supérieure à la tête d'un adulte... La femme jouit maintenant de la meilleure santé possible. »

326. TERRILLON. — *Progrès médical*, 1888, 8 décembre. — Vignard nous rapporte le cas suivant de la clinique de Terrillon. Mm M..., 66 ans. Il y a trois ans, affaiblissement, douleurs abdominales, mictions douloureuses. Il y a deux mois, la malade fut prise pendant la nuit d'abondantes pertes d'un liquide analogue au sang des règles. Les jours suivants il devint plus pâle. Abdomen saillant ; tumeur de la région hypogastrique et ombilicale. Pertes abondantes d'un liquide jaune, inodore, empesant le linge. Mictions difficiles, douloureuses. Diagnostic : tumeur de l'utérus. — Opération le 18 octobre. Kyste ovarique gauche, très adhérent à l'utérus par un pédicule large. La trompe communiquait avec le kyste.

327. TRUCKMULLER. — *Journal de Græfe*, vol. 4 ; — in Tilt, *loc. cit.*, p. 144. — Une femme de 20 ans, atteinte de kyste ovarique, sentit quelque chose se rompre en elle au moment où elle soulevait une lourde charge. Puis un écoulement de liquide se fit par le vagin, et dura plusieurs jours. Guérison complète.

328. WATERS. — In Tilt : *loc. cit.*, p. 144. — Une malade fut guérie après trois ruptures successives dans le vagin et dans le rectum ; la perforation dans le rectum avait été déterminée par un purgatif.

329. WELLS. — *Loc. cit.*, p. 21. — Wells, sur le point de ponctionner une femme atteinte d'un kyste volumineux, constata qu'il s'écoulait par le vagin un liquide séreux. Cet écoulement était survenu subitement quelques heures auparavant, et en même temps l'abdomen diminuait de volume. A l'aide du spéculum, on vit ce liquide sortir de l'orifice du col. Cet écoulement dura plusieurs jours, l'abdomen reprit son volume normal, « et depuis le kyste ne s'est pas reproduit, ce qui tient évidemment à ce que la trompe s'est unie à une cavité ovarienne. »

330. WEST. — In Olshausen : *loc. cit.*, p. 119. — 36 ans ; tumeur datant de six ans. La tumeur disparut subitement, en même temps que la malade éprouva une perte abondante d'un liquide aqueux. Cet écoulement se reproduisit huit à dix fois. Le liquide était toujours

incolore. L'évacuation se fit plusieurs fois au moment de la défécation ou d'un effort ; elle fut quelquefois suivie de défaillances. La tumeur se reformait au bout d'environ trois semaines. L'utérus était mobile, il n'y avait pas d'ouverture dans le vagin.

4° *Ruptures dans la vessie.*

331. BENNETT. — *Monthly Journal*, 1849 ; — in Treille : *loc. cit.*, p. 38. — A la suite d'un accouchement, le kyste s'ouvrit dans la vessie. Guérison.

332. BLICK ET WINGE. — In Schröder : *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1886. — Le kyste avait percé la paroi vésicale et s'était vidé dans la vessie. Puis la paroi kystique s'était retournée dans la cavité vésicale, pour offrir finalement l'aspect d'une production polypeuse recouverte de poils et faisant saillie dans le réservoir urinaire où elle provoquait d'atroces douleurs.

333. BOYER. — *Académie de médecine*, séance du 13 novembre 1827 ; — *Archives générales de médecine*, 1827, t. 15, p. 609. — Femme de 24 ans, enceinte pour la deuxième fois. Fut prise de douleurs vives dans la région vésicale, avec ténésme vésical ; urines boueuses, purulentes, mêlées de poils. Accouchement à terme. La malade continua à uriner des poils et son mari en retira à l'aide d'un crochet mousse en fil de laiton. Delpech incisa la paroi supérieure de l'urèthre et retira de la vessie un petit calcul et des poils. Deux mois après, de nouveaux accidents ayant déterminé une seconde intervention, Delpech retira encore de la vessie un corps gros comme un œuf de poule dans lequel on distinguait un fragment de peau avec des cheveux et une masse osseuse ressemblant à une apophyse zygomatique et portant une dent molaire. Guérison.

334. BREISKY. — *Corresp. Bl. für Schweiz. Aerzte*, 1874, n° 21, 1^{er} novembre ; — *Revue des sciences médicales de Hayem*,

1875, t. 5, p. 178. — Conrad nous rapporte l'observation suivante de la clinique de Breisky de Berne. Veuve de 26 ans, ayant eu trois accouchements réguliers. Pendant la dernière grossesse en 1871, développement d'un kyste ovarique, ponctionné une première fois en juin 1872, et une seconde fois en juillet 1873. A la suite de cette dernière ponction, le kyste atteignit un volume qu'il n'avait pas encore eu. Au mois de novembre suivant, cette femme fut prise subitement d'un besoin d'uriner, ce qu'elle venait déjà de faire, et elle remplit deux grands vases de nuit d'un liquide brunâtre, un peu consistant, semblable à celui des ponctions. La diminution de l'abdomen fut telle qu'il y eut une syncope passagère. La nuit suivante, fièvre, douleurs abdominales et urines normales. Après évacuation de la vessie au moyen de la sonde, le bec de cet instrument sans avoir été pressé en haut d'une façon sensible, pouvait être perçu à 13 centimètres au-dessus de la symphyse. Rien d'appréciable à l'examen du vagin ou du rectum.

335. DELARIVIÈRE. — *Journ. méd. et chir. de Vandermonde*, janvier 1759, t. 10, p. 516 ; — in Lebert : *loc. cit.* — 58 ans ; depuis sept ans, pesanteur dans le bas-ventre et envies pressantes d'uriner. Une sonde introduite dans la vessie donna issue à une grande quantité de pus. Soulagement momentané, puis douleurs, vomissements, diarrhée. Mort. — Autopsie. On trouva dans la vessie plusieurs os et des poils, « le tout enfermé dans la portion d'un kyste dont on vit encore les vestiges distincts. »

336. DIEFFENBACH. — In Spencer Wells : *loc. cit.*, p. 73. — Dieffenbach a trouvé une pièce osseuse qui avait passé d'un kyste dans la vessie.

337. DUNCAN. — *Lancet*, 1890, II, 12 juillet, p. 73. — B. A..., 20 ans, célibataire, entre à l'hôpital le 3 septembre 1889. Depuis un an douleurs, état général mauvais. Depuis le mois d'avril tuméfaction de l'abdomen qui augmenta graduellement. Au mois de juillet les urines devinrent purulentes. Suppression des règles depuis six mois. Le 13 septembre, ouverture de l'abdomen, la tumeur est adhérente au

bassin, à l'utérus et à la vessie ; on la fixe à la paroi abdominale. Le 23, ponction du kyste ; écoulement de matière verdâtre plus gélatineuse que le pus ordinaire. Ouverture du kyste au thermocautère ; le contenu sortit alors facilement. La poche fut lavée et drainée. Amélioration. Les urines devinrent moins purulentes. Le 1^{er} décembre, la malade eut ses règles. Le 26 décembre douleurs et fièvre, ouverture vaginale et drainage abdomino-vaginal. Le drainage fut supprimé au commencement d'avril ; les orifices se fermèrent. La malade fut revue guérie au mois de juillet ; légère induration dans le côté droit du bassin. Règles régulières.

338. HAMELIN. — *Bull. Soc. de l'Ecole de médecine*, 1808, n° 4, p. 58 ; — in Lebert : *loc. cit.* — Femme de 24 ans, accouche à terme d'un enfant mort. La malade meurt vingt-deux jours après de fièvre puerpérale. — Autopsie. Vessie distendue, en partie mortifiée, contenant de la matière fétide et des cheveux. Communication avec une tumeur de l'ovaire droit contenant des poils, de la matière grasse et de la substance osseuse.

339. HARDING. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401. — Communication avec la vessie. Guérison.

340. MARSHALL. — *Rev. méd.*, mai 1828 ; — *Archives générales de médecine*, 1828, t. 18, p. 282. — Mme R., 40 ans ; douleurs abdominales vives avec développement du ventre depuis quatre ou cinq ans. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, la malade présenta de fréquentes rétentions d'urine, et rendit, avec de vives douleurs, des graviers, des portions d'os dont une très rugueuse avait plus d'un pouce de longueur. Amaigrissement, affaiblissement. Mort. — Autopsie. Vessie énorme. A la partie supérieure du fond de cette organe on voit une ouverture par laquelle sort du pus ; cette ouverture faisait communiquer la vessie avec une masse formée par les ovaires réunis, augmentés de volume et réduits à une masse graisseuse contenant une grande quantité de cheveux et cinq dents.

341. MICHON. — *Gazette des hôpitaux*, 1864, 5 novembre, p. 156.
— Demoiselle de 30 ans ; augmentation de volume de l'abdomen depuis l'âge de 20 ans. La circonférence abdominale atteignit 1^m,90 à l'ombilic. Un jour la malade saute d'une charrette et tombe (5 octobre 1863). Douleur légère dans le bas-ventre qui persista quelque temps. Le 19 octobre, besoin pressant d'uriner ; la malade rendit en quelques minutes une quantité considérable de liquide (5 vases). Les jours suivants la malade urina cinq ou six fois plus que d'habitude. Le 1^{er} novembre le ventre était normal. Depuis cette époque la malade urine plus que d'habitude. — Michon suppose qu'à la suite de la chute il y eut une péritonite locale, des adhérences, une escharre.

342. PERTHON DE LA MALLERIE. — *Société de médecine pratique*. Séance du 7 janvier 1886 ; — *Archives de Tocologie*, 1886, 30 mars, p. 272. — Mme X..., 45 ans. Tumeur kystique produisant de la dyspnée, des vertiges, de l'insomnie, de l'inappétence, de la constipation, des lipothymies. La malade refuse la ponction. Dérivatifs intestinaux, révulsifs cutanés. La distension du ventre augmente, dyspnée excessive, pouls filiforme à 140. Etat presque comateux. Le 12 octobre, émission subite d'environ un litre d'urine claire, légèrement rosée, non filante, sans odeur spéciale. « Ces émissions d'urine se reproduisirent de 15 à 20 fois dans les 24 h., et ce pendant 10 jours, chaque fois à peu près la même quantité. Le onzième jour, 23 octobre, la malade urinait normalement trois fois par jour ; cette rémission survint aussi brusquement que s'était produit le flux anormal ». Le ventre diminua à partir du septième jour. L'urine avait l'aspect du liquide ascitique, ne contenait ni sucre, ni albumine ; elle était neutre ; au microscope on voyait qu'elle contenait des cellules peu allongées, granuleuses et des granulations libres de même volume que celles des cellules. Le 1^{er} novembre, la tumeur était du volume des deux poings, indolente ; état général bon. Le 10 janvier, elle avait le volume d'un œuf d'oie. Le 12 février la tumeur ne se retrouvait plus. Santé parfaite.

343. PHILIPPS. — *Med. and chir. Transact.*, vol. II, p. 427 ; — in Lebert : *loc. cit.* — 30 ans, difficultés intermittentes de la miction depuis la jeunesse. Depuis deux ans, tumeur dans la région hypogastrique atteignant presque le foie. Péritonite et mort. — Autopsie. Épanchement sanguinolent dans le péritoine ; tumeur de l'ovaire contenant de la matière crémeuse et des cheveux. La vessie distendue contient des cheveux et un os portant une dent incisive. Le kyste et la tumeur communiquaient par trois ouvertures.

344. PINCUS. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 2, p. 26 ; — in Lefranc : *loc. cit.* — Ouverture dans la vessie d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Après dilatation de l'urèthre, on trouve la communication entre la vessie et le kyste. Lavage et drainage de la cavité. Guérison au bout de huit jours. Récidive au bout de quelques mois. Czerny entreprend l'extirpation de la tumeur ; le kyste est vidé, il renfermait une sorte de lie fétide. On détache les adhérences. Ligature du pédicule. Suture de l'orifice vésical au fil de soie. Toilette du péritoine. Trois drains sont laissés à la partie inférieure de la plaie, La malade quitte l'hôpital au bout de huit semaines ; il reste trois fistules.

345. TILLAUX. — *Société de chirurgie*, séance du 8 octobre 1879 ; — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, t. 5, p. 750. — « Il s'agit d'une femme de 34 ans que j'ai opérée le 30 mai aux environs de Paris.

Le kyste qui était assez volumineux, puisqu'il contenait douze litres de liquide, avait été ponctionné plusieurs fois ; mais en interrogeant la malade, j'appris que ce kyste avait deux fois disparu spontanément, et d'après les détails donnés par la malade, le kyste s'était vidé dans la vessie. Je rencontrais donc un cas de kyste déhiscent dans la vessie, cas qui ne sont pas très rares et dont j'avais eu l'occasion, il y a peu de temps, d'observer un exemple dans mon service où l'on avait apporté une femme présentant les symptômes de péritonite aiguë. Cette femme racontait qu'elle avait une bosse dans le ventre qui s'était rompue la veille. La guérison fut complète, et

quelques mois après sa sortie, cette femme venait me demander un certificat constatant le genre d'accident qu'elle avait éprouvé, car on la soupçonnait d'avoir voulu dissimuler un avortement.

Ma seconde malade fut moins heureuse, puisque le kyste se remplit de nouveau, et je me décidai à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération fut pratiquée par le procédé ordinaire, avec le pansement de Lister dans toute sa pureté; je ne rencontrai quelques adhérences qu'à la partie antérieure que je détruisis facilement; mais, lorsque je fis basculer le kyste en avant, je m'aperçus que j'entraînais un autre organe qui n'était autre que la vessie.

Il me fut impossible de séparer cette adhérence; il existait une fusion complète de la face postérieure de la vessie et de la paroi du kyste. Je fendis alors le kyste et, avec des ciseaux, je découpai la portion de la paroi du kyste adhérente à la vessie; je laissai ainsi une véritable pièce à la paroi postérieure de la vessie. Cette portion de paroi était tellement vasculaire, qu'il me fallut presque une demi-heure pour obtenir une hémostase complète en posant une quantité considérable de points de suture.

Malgré ces deux circonstances particulières, déhiscence du kyste dans la vessie, et adhérence tellement intime du kyste et de la vessie que je fus forcé de laisser un morceau de la paroi du kyste, la guérison ne présenta aucun accident et j'obtins une réunion totale par première intention. »

346. ULRICH. — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1859, Bd. 13, Ht. 3, p. 166. — 35 ans. Une grande quantité de matière graisseuse fut expulsée par la vessie, c'était de l'élaïne. L'écoulement dura très longtemps; la malade guérit.

5° Ouvertures doubles.

347. BARNES. — *Loc. cit.*, p. 282. — Barnes cite un cas où il y avait deux fistules, l'une au-dessous de l'ombilic, l'autre dans la vessie.

« De temps en temps l'urine sort par la fistule abdominale, et il s'écoule un liquide gélatineux de la vessie. »

348. BASCHIERI. — *Contributo anatomo-patologico-clinico del cistovario. Il Raccoglitore*, 1875 ; — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1875, II. — 84 ans. Kyste volumineux de l'ovaire gauche qui avait débuté à 43 ans après le quatrième accouchement. La mort survint par rupture de la tumeur dans le côlon descendant auquel elle adhérait et dans la cavité abdominale.

349. BOURGEOIS. — In Grognot : *loc. cit.* — Bourgeois (d'Etampes) a vu un kyste suppuré s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans le rectum. Il ouvrit la tumeur par le vagin. Guérison.

350. DUDLEY et COE. — *New-York med. jour.*, 1882, p. 32 ; — in Olshausen, *loc. cit.*, p. 121. — Ouverture dans l'intestin et dans la vessie. Des matières fécales et des gaz sortaient par l'urèthre. Une tentative d'opération échoua. L'autopsie permit de voir la double ouverture.

351. GREENHALG. — *Lancet*, 1871, II, 26 novembre, p. 741. — A. C..., 38 ans ; tumeur gênant l'accouchement. Ponction rectale, donnant issue à de la matière caséuse. Cystite, mictions très fréquentes, urines purulentes. Ecoulement d'urine par l'ombilic. Pilimiction. Lavages de la vessie. Dilatation de la fistule ombilicale. Mort. — Kyste de l'ovaire droit communiquant avec le rectum, l'ombilic et la vessie. En arrière, un orifice conduisait dans la cavité péritonéale.

352. JEAFFRESON. — *Medical Gaz.*, 1844, III, p. 860 ; — in Mme Waite : *loc. cit.* — 38 ans, kyste volumineux. Un jour, sans prodromes, la tumeur se rompit spontanément dans le septum rectovaginal et des quantités prodigieuses de liquide s'échappèrent par l'anus et par la vulve. La malade guérit. Par le toucher on pouvait sentir les orifices de communication du kyste avec l'intestin et le vagin.

353. LARREY. — *Mémoires de l'académie royale de médecine*, 1846, t. 12, p. 568 ; — Rose Désirée Bonnet, femme Loiseleur, 33 ans, des environs d'Evreux. A l'âge de 26 ans, en 1836, au moment d'une troisième grossesse, le ventre prit un développement anormal. Accouchement à terme régulier. Trois jours après, douleurs dans le flanc et la fosse iliaque gauches. On sentait dans cette région une grosseur du volume d'une pomme. Pendant deux mois la tumeur grossit et les douleurs augmentèrent. Une nuit la malade évacua des urines blanches, contenant une matière grasse. Les douleurs diminuèrent. Quatre jours après, les urines ne contenaient plus de matière grasse, mais elles étaient encore troubles. En janvier 1841, les douleurs reparurent, continuelles et très vives. La tumeur était devenue volumineuse, molle. Le 12 janvier elle s'ouvrit spontanément sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Il sortit du pus jaunâtre, à odeur infecte, puis un détrit de substance calcaire. D'autres ouvertures plus petites se formèrent autour de la première. Quatre mois après, il s'écoula de l'urine par la fistule ; bientôt la malade n'urina plus par l'urèthre. A plusieurs reprises des poils sortirent par la fistule, puis la malade rendit par l'urèthre du pus, des poils et des graviers. Elle entra à l'hôpital le 13 décembre 1841. — Fistule sur la ligne blanche à 5 cent. 1/2 de l'ombilic et à 6 cent. du pubis. Orifice unique du diamètre du petit doigt. Une mèche de cheveux de la grosseur d'une plume à écrire fait saillie au-dessus de l'ouverture ; ces poils ne peuvent être enlevés par traction. Le stylet s'enfonce de 10 cent. en bas et en arrière. Il ne se meut pas librement dans la cavité à cause des cheveux dans lesquels il est embarrassé. Cathétérisme de la vessie. La sonde est arrêtée au col par un corps étranger, du volume d'une noix, mobile, de consistance dure. — Opération le 22 décembre 1841. Larrey introduisit dans la fistule un bistouri boutonné et incisa la paroi abdominale dans l'étendue d'un demi-pouce directement vers le pubis. Le doigt pénétra alors dans une cavité remplie de poils. Un deuxième débridement, pratiqué dans le même sens

que le premier, permit de voir que les poils étaient fixés à une tumeur adhérente au fond du kyste. Cette tumeur, du volume d'une noix, dure, bosselée, peut être détachée à l'aide du bistouri. On cherche alors sans succès la fistule vésicale. On ne la découvre qu'à l'aide du cathétérisme de la vessie. L'incision verticale est alors prolongée jusqu'à la vessie. Le bistouri boutonné introduit dans l'orifice de communication le débride dans l'étendue d'un pouce et demi. Des tenettes introduites par cette voie, saisissent et extraient le calcul. Une exploration attentive montre qu'il n'y a plus de corps étranger dans la vessie ni dans le kyste. Les bords de la fistule sont avivés, une sonde à demeure placée dans la vessie par l'urètre. Une mèche placée dans le fond de la plaie retombe sur le pubis. Pansement. — La tumeur enlevée avait le volume d'une noix ; à la coupe elle avait un aspect blanchâtre, strié. Elle ressemble à une portion de cuir chevelu ratatiné. Elle pèse avec les poils environ 20 grammes. Le calcul pèse 30 grammes. Il a la forme d'un cœur de carte à jouer. De sa base partent des poils qui traversaient la fistule et se fixaient sur la tumeur. Il était composé de phosphate de chaux. — Pendant les premiers jours, l'urine continua à couler par la plaie, mais cet écoulement diminua bientôt. La guérison fut gravement compromise par une variole, mais la malade résista à cette complication. La sonde fut retirée à la fin d'avril ; la cicatrisation se termina au commencement de mai. La capacité de la vessie parut un peu diminuée, les mictions furent plus fréquentes.

354. TERRIER. — *Loc. cit.* — Marie-Joséphine Pernet, blanchisseuse, 31 ans, entre à Beaujon le 17 janvier 1876. Le ventre est volumineux depuis deux ans. Tumeur médiane, dure, fluctuante. Sonorité dans les flancs, matité à la partie médiane. Fièvre, anémie ; la malade mange et dort peu. La tumeur augmente, l'ombilic devient rouge. Le 30 janvier, la tumeur devient subitement moins tendue et moins douloureuse. Le lendemain commence une diarrhée colliquative de dix à quinze selles par jour. Le 3 février, la tumeur était beaucoup moins tendue et contenait des gaz. La diarrhée diminua. Le 6 février

elle avait cessé, mais des gaz fétides sortaient par l'anús. La tumeur s'affaissa de plus en plus. Le 10 février apparut à 3 centim. au-dessus de l'ombilic une saillie réductible qui devint douloureuse et se rompit laissant échapper un quart de verre de pus séreux, jaune, extrêmement fétide. Le 11, sortit un quart de verre de pus encore plus fétide ; pas de matières fécales. Le stylet pénètre dans une petite cavité peu profonde. On ne trouve pas de trajet allant dans la cavité abdominale ou dans l'intestin. L'état général s'améliora. Des injections iodées furent faites : la sécrétion de pus diminua. L'abdomen avait son volume normal. A la palpation on y sentait une certaine résistance. La pression n'était pas douloureuse. Dans le courant de mars, diarrhée intermittente. Au mois de juin, la malade était parfaitement rétablie.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 26 mai 1893.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 26 mai 1893.

Le Recteur,

A. GASQUET.



BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique de gynécologie. Paris, 1892.
- BACON. — Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction. Thèse de Paris, 1883.
- BARNES. — Traité des maladies des femmes. Traduction Cordes. Paris, 1876.
- BARSTCHER. — Ueber Hydrops Ovarii. — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1855, Bd. 6, Ht. 5, p. 347.
- E. BOECKEL. — Des kystes mémoireshagiques. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1861, n° 5, p. 79.
- BOINET. — Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement. Paris, 1877.
- BOINET et FERRAND. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre). 2^e série, t. 19, 1884. Article ovaire.
- BOIVIN et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes ; t. II. Paris, 1833.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1831.
- BRAUN. — Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète. Thèse de Nancy, 1890.
- BRIGHT. — Des tumeurs de l'ovaire. — *Guy's Hospital reports*, avril 1838 ; — *Archives générales de médecine*, 1838, série 3, t. 3, pages 225, 318.

- CASTANEDA Y TRIANA. — Des kystes des ligaments larges. Thèse de Paris, 1882.
- CAUCHOIS. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885. Séance du 12 août, p. 607.
- CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes. Traduction Wieland et Dubrisay. Paris, 1866.
- COLRAT. — *Lyon médical*, 1879, 28 décembre, p. 587.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. Paris, 1881.
- COUSIN. — Du développement des tumeurs de l'ovaire et en particulier des kystes dermoïdes. Thèse de Paris, 1877.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale. Paris 1856.
- DANCE. — Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes. — *Archives générales de médecine*, 1829, t. 21, p. 190.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.
- DELORE. — Du traitement des kystes de l'ovaire par le drainage abdomino-vaginal. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876, p. 281.
- DELPECH. — Chirurgie clinique de Montpellier. Paris, 1828.
- DOUMAIRON. — Étude sur les kystes ovariens compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Thèse de Strasbourg, 1868.
- DUPLAY. — Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire. — *Archives générales de médecine*, 1879, I, p. 20.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII. Paris, 1892.
- EMMET. — La pratique des maladies des femmes. Traduction Olivier. Paris, 1887.
- EUSTACHE. — L'ovariotomie en 1880. — *Archives de tocologie*, 1881, p. 1.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité élémentaire de pathologie externe, t. VIII. Paris, 1888.

- GAILLARD THOMAS. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduction Lutaud. Paris, 1879.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. Paris, 1886.
- GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. Bruxelles, 1873.
- GROGNOT. — Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale. Thèse de Paris, 1877.
- GROS-FILLAY. — Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1874.
- GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale, t. III. Paris, 1893.
- HEGAR et KALTENBACH. — Die operative Gynækologie. Erlangen, 1874.
- HERMANN. — Suppuration et évacuation des kystes dermoïdes. — *Société obstétricale de Londres*. Séance du 7 novembre 1885. — *Archives de tocologie*. 1886, p. 178.
- HOFMEIER. — Manuel de gynécologie opératoire. Traduction Lauwers. Paris, 1889.
- HUE. — Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1883.
- MAGNUS HÜSS. — Hydropisie périodique de l'ovaire. — *Archives générales de médecine*, 1857, 2 ; série 5, t. 10, p. 1.
- ISAACIDÈS. — Contribution à l'étude de la peptonurie et de la propeptonurie. Thèse de Paris, 1889.
- KEITH. — The history of a case of burst ovarian cyst. — *Lancet*, 1877, 10 mars, p. 340.
- KOEBERLÉ. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (Jaccoud), t. 25, 1879. Article ovaire.
- KOEBERLÉ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1876, n° 1, p. 11.
- LABBÉ. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1876.
- LABBÉ. — De la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ova-

- riotomie. *Académie de médecine*. Séance du 30 novembre 1880.
— *Bulletin de l'académie de médecine*, 1880, p. 1272. —
— *Archives de tocologie*, 1881, p. 473.
- LAIR. — De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine. Thèse de Lyon, 1892.
- LANELONGUE. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1888.
- LAROYENNE et SOLLER. — *Lyon médical*, avril 1882, t. 39, p. 635.
- LASKOWSKI — Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1867.
- LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Traduction Olivier. Paris, 1886.
- LE BEC. — Des suites éloignées de l'ovariotomie. — *Archives générales de médecine*, 1882, 2, série 7, t. 10, p. 49.
- LEBERT. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. — *Comptes-rendus et mémoires de la Société de Biologie*, 1852, p. 203.
- LEFRANC. — Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Nancy, 1886.
- LESAVRE. — Contribution à l'étude des kystes paraovariques. Thèse de Paris, 1879.
- MALASSEZ ET DE SINÉTY. — Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire. — *Archives de Physiologie*, 1878, p. 39 et 843; 1879, p. 624; 1880, p. 867; 1881, p. 224.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduction Varnier et Weiss. Paris, 1889.
- MAUNOIR. — Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1861.
- MÉHU. — Étude sur les liquides extraits des kystes ovariques. — *Archives générales de médecine*, 1881, 2, p. 257.
- MIGNON. — Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale. Thèse de Paris, 1878.
- MOULS. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1889.

- NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. — *Annales de gynécologie*, 1875, t. 4, p. 14.
- OLSHAUSEN. — Die Krankheiten der Ovarien. — *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, 1886.
- OSTERLOH. — Société gynécologique de Dresde. Séance du 12 avril 1883. — *Archives de tocologie*, 1883, p. 455.
- OVION. — Du manuel opératoire de l'ovariotomie pratiquée par la voie abdominale, dans les cas de tumeur kystique de l'ovaire. Thèse de Paris, 1880.
- PARIZOT. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1886.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1882.
- PILLIET. — Les kystes de l'ovaire. — *Tribune médicale*, 1893, nos 8 et 9, 23 février et 2 mars.
- POLAILLON. — *Union médicale*, 1888, 1^{er} novembre.
- POULET ET BOUSQUET. — Traité de Pathologie externe, t. III. Paris, 1885.
- POUPINEL. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. Thèse de Paris, 1886.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1890.
- QUENU. — Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1881.
- REBOUL. — Association française pour l'avancement des sciences. Compte-rendu de la 19^e session (Congrès de Limoges), 1892, 1^{re} partie, p. 256.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT et BOUILLY. — Manuel de pathologie externe, t. IV. Paris, 1889.
- REMY. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agrégation, 1886.
- RICHARD. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1853, III, p. 121.
- RICHARD. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, XXI, p. 356.

- RICHARD. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1857, LII, p. 152.
- ROLLIN. — Des hémorrhagies de l'ovaire. Thèse de Paris, 1889.
- SCHRÖDER. — Maladies des organes génitaux de la femme. Traduction Lauwers et Hertoghe. Paris, 1886.
- SCHRÖDER. — Kurzer Bericht über 300 Ovariectomien. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1882, 17, 24 avril, p. 235.
- SCHRÖDER. — Ueber die Listersche Methode bei der Ovariectomie. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877, 20 août, p. 501.
- SÉBILEAU. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme (ascite et tumeurs de l'abdomen). Thèse de Paris, 1889.
- SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique. Traduction Chantreuil. Paris, 1874.
- DE SINÉTY. — Traité pratique de gynécologie et de maladies des femmes. Paris, 1884.
- SPIEGELBERG. — Ueber Perforation der Ovarialkystome in die Bauch-Höhle. — *Archiv für Gynækologie*, 1870, p. 60.
- TERRIER. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877, p. 830.
- TERRIER. — Ablation incomplète des kystes de l'ovaire. — *Revue de Chirurgie*, 1881, I, p. 625.
- TERRILLON. — *Revue de Chirurgie*, 1885, p. 917.
- KNOWSLEY THORNTON. — Congrès de Copenhague, 1884. — *Archives de Tocologie*, 1884, p. 888.
- TILT. — On a new plan of treating ovarian dropsy. — *Lancet*, 1848, II.
- TREILLE. — Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est-à-dire au point de vue de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1873.
- URDY. — Examen au point de vue du manuel opératoire de quelques cas difficiles d'ovariectomie et d'hystérotomie. Thèse de Paris, 1874.

- VAUTRIN. — Etude sur les kystes de l'ovaire intraligamentaires. Thèse de Nancy, 1885.
- M^{me} WAITE. — Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1883.
- WASSERMANN. — De la peptonurie et sur quelques points de la physiologie des peptones. Thèse de Paris, 1885.
- SPENCER WELLS. — Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Traduction Rodet. Paris, 1883.
- SPENCER WELLS. — *Lancet*, 1877, I, 3 mars, p. 315.
- WERTH. — Klinische und anatomische Untersuchungen zur Lehre von den Bauchgeschwülsten und der Laparatomie. — *Archiv für Gynækologie*, Bd 24, p. 100.
- YTHIER. — Du lavage du péritoine dans la laparotomie. Thèse de Paris, 1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	5

PREMIÈRE PARTIE

RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES.	23
ÉTIOLOGIE.	23
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	42
SYMPTÔMES	48
DIAGNOSTIC	61
PRONOSTIC.	68
TRAITEMENT	102

DEUXIÈME PARTIE

RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES	119
ÉTIOLOGIE.	119
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	124
SYMPTÔMES	134
DIAGNOSTIC	139
PRONOSTIC.	142
TRAITEMENT	151
CONCLUSIONS	163

OBSERVATIONS

I OBSERVATIONS INÉDITES	165
-----------------------------------	-----

II OBSERVATIONS DE RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES	181
III OBSERVATIONS DE RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES	234
1° Ouverture à l'extérieur	234
2° Ouverture dans les voies digestives	240
3° Ouverture dans les organes génitaux	249
4° Ouverture dans la vessie	257
5° Ouvertures doubles	262
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	267



